[illegible]醫聖秘法

路振平 著

中国医药科技出版社

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

封面小品为张仲景家乡南阳郡出土汉砖图案，主题为玉兔捣药。

责任编辑：
吴大真
装帧设计：
王一方
封面题字：
路振平

序

仲景《伤寒杂病论》原书失传，后世医家就其散佚部分分别整理为《伤寒论》、《金匮要略》二书，历代奉为方书之祖、辨证之经典，采取校注与类证、类方等法进行研究者数百家，对弘扬仲景学术作出不少贡献。

路振平同志从事仲景学术研究十余年如一日，对仲景辨证之规矩、用药之原则，早已得其要领。现进一步深入研究仲景立法之意，以法为纲，网罗全书的理论思维、辨证、诊断、治则、治法及方药运用等大法，使仲景书的理法方药更显得系统化、条理化，为读者全面、系统学习仲景书别开生面。

当前出现不少的中医处方庞大、杂乱无章的现象，为解决这一弊病，提倡读经和研究理法方药，这本书可以说是应时而生，特为序而推介之。

欧阳锜

1993年5月

编者的话

张仲景是东汉末年杰出的医学家，他倾毕生精力，完成了我国医学史上不朽的巨著——《伤寒杂病论》。历代医家对其人其书推崇备至，尊仲景为医圣，奉《伤寒杂病论》为经典。

自《伤寒杂病论》问世以来，研究者代不乏人，现可稽考者达八百余家，或分篇考校，或逐条注释，或以方类，或以证研，但专门探究其法的专著却尚付阙如。

王履在《医经溯洄集》中说："仲景立法，天下后世之权衡也"，"读仲景之书，当求其所以立法之意，苟得其所以立法之意，则知其书足以为万世法，而后人莫能加，莫能外矣；苟不得其所以立法之意，则疑信相杂，未免通此而碍彼也。"可见，其精髓全在法之中，掌握了医圣仲景之法，好比获得了舟楫，才能在浩瀚无涯的医海中自由自在地游弋。

仲景之法究竟有多少？《伤寒论》林亿是亲自数过的，据称有三百九十七法；《金匮要略》没人数过，至今还没有一个确切的数目。其实，所谓"三百九十七法"，不过是指《伤寒论》有三百九十七条而已，难道一条就是一法吗？众所周知，有时一条中有数法，有时数条中才具一法。可见这种计算方法是不足为训的。

实际上，仲景在辨证时运用的整体恒动观是一种大法，体质观也是一种大法；六经辨证是一种大法，方剂辨证也是一种大法。此外，治疗法则中的调气法、扶正祛邪法是法，治疗方法中的汗、吐、下、和、温、清、消、补也是法；还有方剂的配伍，剂量的调配，无一不包含着法，岂是"三百九十七法"可以包容

的！

笔者于1980年在《浙江中医杂志》上发表了“试论仲景学说中的寒热并用法”，十几年来，一直运用唯物辩证法对仲景秘法进行深入地研究，陆续在全国各地中医杂志上发表了几十篇论文，今萃其精华，汇成一书，名曰《医圣秘法》，奉献于同道面前，以求明鉴者斧正。

路振平

于湖南省中医药研究院

1993年2月

目 录

思维方法

恒动观……………………………………………………（1）
体质观……………………………………………………（9）
常变观……………………………………………………（18）
非典型观…………………………………………………（25）

辨证大法

六经辨证法………………………………………………（33）
方剂辨证法………………………………………………（40）

诊断方法

脉法………………………………………………………（43）
腹诊法……………………………………………………（52）
比较法……………………………………………………（56）
设想悬拟法………………………………………………（60）

治疗法则

调气法……………………………………………………（64）
扶正袪邪法………………………………………………（70）

治疗方法

内治十法…………………………………………………（73）
汗法………………………………………………………（86）
下法………………………………………………………（89）
温法………………………………………………………（92）
清法………………………………………………………（96）

消法……………………………………………………………………(100)
补法……………………………………………………………………(103)
和法……………………………………………………………………(106)
吐法……………………………………………………………………(111)
涩法……………………………………………………………………(113)
利法……………………………………………………………………(115)
滋阴法…………………………………………………………………(118)
治胃调脾法……………………………………………………………(123)
止血法…………………………………………………………………(128)
止呕法…………………………………………………………………(132)
外治法…………………………………………………………………(137)

方药用法

寒热并用法……………………………………………………………(140)
同方异用法……………………………………………………………(144)
配伍法…………………………………………………………………(150)
药量法…………………………………………………………………(157)
用方法…………………………………………………………………(162)

·思维方法·

恒动观

恒动观是《伤寒论》辨证论治的精髓。它不是把疾病看作彼此孤立和静止不变的，而是当作一个本质上不断发展变化的过程，从总的方面，以动态的观点来辨析的，而且，还根据病程的演变，采取了因势利导、随机应变的治疗措施。有人试图以它"不论'证'的分型"来非难《伤寒论》，岂不知简单的分型不足以说明疾病的本质，更难以表达外感热病千变万化的病情和错综复杂的病机。《伤寒论》的可贵之处正在于它从临床实际出发，不为"分型"所拘，不为常法所囿，在辨证施治的全过程中始终贯穿着恒动观。现就个人管见所及，略陈固陋，以就正于海内同道。

（一）辨证中的恒动观

众所周知，世界上"没有任何东西是不动的和不变的，而是一切都在运动、变化、产生和消失"（《马克思恩格斯全集》第20卷23页）。外感热病也毫无例外地有它发生、发展、变化和消失的过程。可是，它是怎样发展变化的？引起发展变化的原因是什么？很有研究的必要。

1．发展变化的规律　麻仲学同志在《伤寒论与恒动观》一文中说："疾病的传变是错综复杂的，但亦是有规律可循的。张仲景把六经病证的传变归纳为三种基本形式。病邪犯人，开始多

在表层，叫表证。若表证失治误治，常导致病邪向里传，其规律为太阳、少阳、阳明、太阴、少阴、厥阴，即按照六经次序传，称‘循经传’。”此外，还有“越经传”和“直中”（载《辽宁中医杂志》1982年第9期）。

什么是规律？规律就是指事物发展过程中的本质联系和必然趋势，所以它具有客观性、普遍性、稳定性和可重复性。“循经传”是不是六经病证的传变规律，就要首先看它是否具有普遍性和稳定性。实际上，伤寒传经无定，变化万端，并不是刻板地照此固定程式发展变化的。古今中外，哪一位临床医家看到过伤寒从太阳而少阳而阳明，又从太阴到少阴最后到厥阴这样的“循经传”呢？老实说，我是从来没见过也没听说过的。其实，即使在《伤寒论》中，也找不到这样的程式，它没有普遍性，也经不起重复，因而不是外感热病发展的规律。那么，《伤寒论》所总结的外感热病传变规律究竟是什么呢？笔者认为，这应从证的转化与证的渐变两方面看：所谓证的转化，即《伤寒论》中提到的“过经”、“转属”、“转入”、“转系”，它是疾病本质的变化。主要分表里出入、虚实转化和寒热互变这三种形式。《伤寒论》第244条：“太阳病，寸缓、关浮、尺弱，其人发热汗出，复恶寒，不呕……病人不恶寒而渴者，此转属阳明也”，乃由表入里；第287条：“少阴病，脉紧，至七八日，自下利，脉暴微，手足反温，脉紧反去，为欲解也，虽烦，下利，必自愈”，乃从寒转热；第187条：“伤寒脉浮而缓，手足自温者，是为系在太阴……至七八日，大便硬者，为阳明病也”，乃化虚为实。所谓证的渐变，是同一经病的进一步深化，并未发生实质性的改变，只是个别局部症状的增减或变化。如第43条：“太阳病，下之微喘者，表未解也，桂枝加厚朴杏子汤主之。”原来病人只有“发热、恶寒、汗出、头项强痛、脉浮缓”，误下之后增添了“微喘”的症状。但病变的部位、性质均未发生改变。而麻仲学

同志却认为："以太阳病为例，它包括经证和腑证两大类。经证又可分为太阳伤寒和太阳中风证，腑证又可分为蓄水证和蓄血证。在这四个证型基础上，又可演变出许许多多证型"，即是"证型恒动观"。实际上，太阳病之所以分为多种证型，大多是由于病人受邪的不同和体质的差异，体现了疾病的复杂性。如果把它认为是"证型的恒动观"，显然是概念上的错误。

应当指出，由于各种因素的交互作用，实际的情况并非这样单纯，而是极其复杂的，所以，必须明了以下几点：（1）外感热病传变与否，不具必然性，既可迅速地由此经传至彼经，也可始终在一经不移。而且，判断其是否传变，不可拘于天数，既有一日即传少阴的可能，也有"六七日表证仍在"的实例，总要以脉证为依据。（2）有时脉证亦不足为凭，而要透过其外在表现察其本质。如第25条："服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤，如前法。"症由"汗自出"变为"大汗出"，脉由"浮缓"变为"洪大"，从表面上看脉症发生了变化，似乎病已由表入里，但其并不烦渴，说明"汗大出，脉洪大"仅仅是由于"大汗后一身气血都因桂枝的辛温鼓舞而振奋，邪虽不解而势亦难容，不能内安而浮越于表"（《伤寒论译释》），脉症并未发生实质性的改变，说明病邪仍旧稽留在表而未传化。（3）所谓"阳明居中……无所复传"，并非绝对地不发生传变，实际上，它既可由实转虚进入太阴（如第214条），也可由里出表而自愈（如第192条）。也就是说，与太阳、少阳、太阴等病相对来说它不容易发生传变。（4）由于人是一个有机的整体，脏腑相通，经脉相贯，因而，传变的方向很少是单向的，而往往是多途径的。如太阳病既可入里化热传入阳明（如第185条），也可入里化寒传入少阴（第67条），甚至可由实转虚传入太阴（如第279条）。又如小柴胡汤证，或传胃而见"腹中痛"，或传心而见"心下悸"，或传肺而见"咳"。（5）在传变过程中，证与证之间的

界限并不是十分明显的，有时会出现此证未已彼证又起犬牙交错的局面，仲景谓之"并病"。如第266条："本太阳病不解，传入少阳者，胁下硬满，干呕，不能食，往来寒热"，乃太阳表证尚在，少阳半表半里又见。此外，还有太阳阳明并病，少阳阳明并病，太阳太阴并病等等。（6）证的转化与证的渐变之间的界限也不是十分明显的。有的以证的转化为主，转化中又有渐变；有的以证的渐变为主，渐变中又有转化。如桂枝人参汤证即为转化中兼见渐变，柴胡去人参加桂枝汤证即为渐变中兼见转化。

2．发展变化的条件　人生活在自然界，与自然界息息相关，因此，外感热病的变化总离不开外部条件。外部条件除了外邪、时间以外，医生的误治也是影响其发展进程的条件。

外邪是自然界一切导致人体发病因素的总称。不同性质的外邪，可以产生不同的病变，如风寒侵犯人体，可见"脉浮，头项强痛而恶寒"（第1条）；风热侵犯人体，可见"发热而渴，不恶寒"（第6条）；风湿侵犯人体，可见"身体疼烦，不能自转侧，不呕，不渴，脉浮虚而涩"（第174条）。相同性质的外邪，由于其程度有强弱，中人亦有深浅之分。如中风受邪轻者，用桂枝汤"汗出而愈"；受邪重者，服桂枝汤就会"反烦，不解"，须先刺风池风府以挫其威才能收效。

《伤寒论》很多条文都提到了时间因素，如"一二日"、"五六日"、"八九日"、"十余日"，而《金匮要略》却很少提及。这是因为，《伤寒论》多论外感热病，《金匮要略》多讲内伤杂病，比较来说，时间因素对外感热病的意义要大得多。一般来说，时间愈久，病邪愈深，病情愈重。如第251条"得病二三日"，虽出现了"烦躁，心下硬"，但病邪并未进入阳明，故未用下法；"至四五日"开始出现了腑实轻证，故"以小承气汤，少少与，微和之"；"至六日"就变成腑实重证，故"与承气汤一

升”攻之。而且，即使在一天之内，其发展也是不同的，“少阳病欲解时，从寅至辰上”（第272条），“太阳病欲解时，从巳至未上”（第9条），“阳明病欲解时，从申至戌上（第193条）。现代科学认为，生物生命活动有内在的节律性，这种节律性的变化与时间因素有关，而且，昼夜节律对人体的疾病有一定的影响。在一千八百多年以前，《伤寒论》能有类似“生物钟”的认识，确实是难能可贵的。

《伤寒论》中有一些逆证是随着时间的推移而自然产生的，但大多数逆证则是由于医生的误治造成的。误治的情况有三种：一是应用此法而反用彼法。如应汗反下，就会造成邪气内陷入里（第134条）；应温反清，就会使胃气受到损伤（第333条）。二是应用此法而用不得当。用之过甚，则正气损伤，由实转虚，如“发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸欲得按”（第64条）；用之不及，则邪气不服，留恋不去，如：“发汗不彻，不足言，阳气怫郁不得越”（第48条）。三是应用此法而不适时。汗之过晚，则表邪内传，如“伤寒十三日”尚未及时治疗，以致“过经、谵语”；下之过早，则引狼入室，酿成坏病，如“所以成结胸者，以下之太早故也”（第131条）。

可见，外邪、时间、误治均能影响疾病发展变化的进程。但是，为什么同时感受风寒之邪会形成“汗出脉缓”与“无汗脉紧”虚实两种截然不同的病证？为什么在“一日”相同的时间里，有的不传，有的传变呢？为什么有的病“按法治之而增剧”（第30条），有的病一误再误却反自愈呢（第59条）？这是因为，外邪、时间、误治都是外因，外因只是引起外感热病传变的重要条件，而决定性的因素却是内因——素体正气的强弱、禀性的阴阳和体内的留邪。

素体正气的强弱，决定外感热病是否发生传变。如第37条：“太阳病，十日以去，脉浮细而嗜卧者，外已解也；设胸满胁痛

者，与小柴胡汤；脉但浮者，与麻黄汤。”为什么同样是太阳病，却出现了自愈、不传、传少阳这三种不同的转归呢？就是由于人体的正气有强有弱，正气强者，自愈或不传；正气弱者，则由表向内传变。而且，误治后的转归，也与正气的强弱有关。如第15条：“太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤，方用前法；若不上冲者，不得与之。”“上冲者”为正气抗邪于表；“不上冲者”乃正气无力抗邪，邪气下陷于里。可见，误治后若正气强则不传，正气弱则传变。

禀性的阴阳，决定着外感热病的传变方向。如同是邪传少阴，素体阳虚，则病从寒化，而见“下利，脉微”（第315条）；素体阴虚，则病从热化，而见“心中烦，不得卧”（第303条）。即使用同样的方法误治，由于素体阴阳各异，所致的“坏病”也迥然不同。如第111条：“太阳病中风，以火劫发汗……阳盛则欲衄，阴虚小便难。阴阳俱虚竭，身体则枯燥，但头汗出，剂颈而还，腹满微喘，口干咽烂……”同是太阳中风被火误治，阳盛之体，血上溢而“欲衄”；阴虚之人，津下夺而“小便难”；阴阳俱虚之人，“身体则枯燥……”。

体内的留邪，即痰、饮、水、虫、宿食、淤血，是一些容易被人忽略的因素，而实际上，它在外感热病的传变过程中，却起着极为重要的作用。为什么同样的邪气从表入里，有的形成阳明经证（第170条），有的形成阳明腑证（第181条）？就是因为前者体内无留邪，而后者体内有“宿食”。为什么太阳经证传腑，有的形成蓄血证，有的形成蓄水证（第125条）？也是因为前者体内本有淤血，后者体内有水邪。为什么同样的误下，有痞与结胸的不同病变（第149条）？为什么用不同的方法误治，却同样出现“汗出而喘，无大热”的后果（第63条、162条）？还是因为体内留邪不同或相同的缘故。

总之，正胜邪衰，外感热病由里出表，由寒转热，由虚变

实，即由阴转阳，向好的方向发展；邪胜正却，外感热病则由表入里，由热转寒，由实变虚，即从阳入阴，向坏的方向变化。

（二）治疗上的恒动观

既然外感热病是不断发展变化的，治疗大法也应随之而灵活变化，若证变而法不变，无异于刻舟求剑。《伤寒论》的治未病、握时机、随证治之、平调阴阳等治疗原则，正是针对外感热病发展变化这一特点而制定的。

1．治未病　祖国医学历来十分重视“治未病”，既注意未病早防，又强调既病防变。《伤寒论》则处处贯穿着既病防变这一思想。如第8条：“太阳病……若欲作再经者，针足阳明，使经不传则愈。”在太阳病开始传变的时候，就预知其有可能进入阳明之里，于是先针足阳明，增强其抗邪能力，有效地截断邪气进入阳明的通路，迫使邪气仍出太阳之表而愈。这种早期治疗的思想，可以避免病邪由表入里，病情由简单变复杂，防大患于未然，以取事半功倍之效。

2．握时机　“机不可失，时不重来”，是说事物的有利时机不可能绝对地重复出现，在其出现的时候，就要及时抓住，采取有效措施。治病亦然。如第54条：“病人藏无他病，时发热自汗出，而不愈者，此卫气不和也。先其时发汗则愈，宜桂枝汤。”其发热时正盛邪亦盛，邪不易除；未发热时正盛邪却衰，邪易祛，故仲景告诫医者要“先其时”发汗，即乘其未发热自汗出时发汗，则易于痊愈。尤其是外感热病发病急骤，传变迅速，随时有亡阴亡阳的危险，更要抓住有利时机当机立断。因此，仲景一见“目中不了了、睛不和”和“腹满痛”等症，就用大承气汤“急下之”（第252、254条），以防出现阳邪灼津，津液内竭的亡阴局面；一见“大汗出，热不去，内拘急”或“大下利而厥冷”等症，即用四逆汤“急温之”（第353、354条），以防出现

大汗亡阳的可怕后果。

3．随证治之　第16条："太阳病三日，已发汗，若吐，若下，若温针，仍不解者，此为坏病，桂枝不中与之也。观其脉证，知犯何逆，随证治之……。"所谓"随证治之"，不是头痛医头、脚痛医脚被动的对症疗法。而是说，由于病情随着时间的推移和人为的误治不断发生着变化，原来的治法（哪怕是被实践证明行之有效的方法）已不能适应新的病情，因此，必须随时跟着病情的变化不断变换治疗方法，这里包含着运动的观点。《伤寒论》"随证治之"主要表现在两个方面：1.主症发生了变化，改法更方。如第168条，证由太阳表证误治后变为阳明经证，法亦由麻黄汤之汗法改用白虎加人参汤之清法。2．主症未变，次要症状发生了变化，原方加减。如第21条、22条，"太阳病，下之后，脉促，胸满者，桂枝去芍药汤主之。"、"若微寒者，桂枝去芍药加附子汤主之。"

4．平调阴阳　从辩证法的观点来看，任何事物的发展都有一个限度，超过这个限度，就会走向反面，此谓之"物极必反"。如寒为阴，热为阳，由寒变热，乃从阴转阳，本是个好现象，但阳复太过，"为热气有余，必发痈脓也"，疾病反而变得更加严重了。治疗上如果只注意照顾一方，不注意阴阳双方的协调和平衡，也会走向反面：欲补其阳，反竭其阴；欲攻其邪，反伤其正；旧病未已，新病复起。因此，《伤寒论》在治疗上强调适可而止。如使用汗剂时，谆谆告诫"微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除；若一服汗出病差，停后服，不必尽剂"。在使用下法时，"得快利，止后服"，"一服谵语止，更莫复服"，可谓用心良苦。

体 质 观

对于《伤寒论》的体质观，至今还很少有人专门论述，只有少数《伤寒论》注家不同程度地接触过这个问题。如尤在泾就说过："顾人气体有虚实之殊，脏腑有阴阳之异，或素有痰饮痞气，以及咽燥淋疮汗衄之疾，适当房室金刃产后亡血之余，是同为伤寒之疾，不得竟从麻桂之法矣。"〔1〕在这里，他提出了《伤寒论》体质观的三点主要内容：人体的虚实，脏腑的阴阳，素有痰饮痞气——留邪，笔者认为，这是引起伤寒千变万化的重要因素。本文试图就体质的虚实和阴阳、留邪、体质的特性以及体质与外邪的关系等几个方面谈点自己不成熟的看法。

（一）体质的虚实与阴阳

体质的虚实，系指强弱而言，体质的阴阳，系指寒热而言，二者是有区别的，但往往又共存于同一有机体中。在《伤寒论》中，它们贯穿于六经病、坏病、传经与预后、治疗与禁忌等各个方面，是仲景辨证论治的核心与基础。

1．六经病　《伤寒论》第7条说："病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。"这是六经病的总纲，这里的"阳"和"阴"，主要应指体质而言。《内经》把人的体质大体上分为"阳人"和"阴人"两类。一般说来，"阳人"体质偏实偏热，机体抗病能力强，受邪后邪从阳化，故其证为"发热恶寒"，此类人发病多在三阳；"阴人"体质偏虚偏寒，机体抗病能力弱，受邪后邪从阴化，故其证为"无热恶寒"，此类人发病多在

三阴。

以太阳病来说，其临床表现为“脉浮，头项强痛而恶寒”，由于个体间的差异，又有中风、伤寒之分。腠理疏松之人，卫气不固，受邪后形成表虚之证，而见汗出、脉缓；腠理致密之体，外邪束表，形成表实之证，可见无汗、脉紧。故太阳病脉证总纲为外感风寒初期发病的一般规律，表虚、表实则是个体的特殊性。

又以少阴病来说，邪犯少阴，主要表现为“脉微细、但欲寐”，由于人体脏腑的阴阳属性各不相同，其病理机转，既可由心肾阳虚，从水化寒，表现为恶寒、踡卧、肢厥、下利；亦可由其人心肾阴虚，从火化热，表现为心烦、不眠、咽干、口渴。

因此，同时感受风寒，由于人的体质不同，就有为阳为阴，从虚从实，化寒化热迥然不同的表现。正如《医宗金鉴》所说：“六气之邪，感人虽同，人受之而生病各异者，何也？盖以人之形有厚薄，气有盛衰，脏有寒热，所受之邪，每从其人之脏气而化，故生病各异也。”〔2〕六经病证，既有经络、脏腑、阶段的意义，从某种意义上说，又包含着体质因素在内。

2．坏病　何谓“坏病”？《伤寒论》讲得很清楚：“太阳病三日，已发汗，若吐，若下，若温针，仍不解者，此为坏病。”“坏病”显然是由于误治所造成的结果，但有没有不经误治而自然变化的呢？对于这个问题，程门雪老先生曾作过深入的探讨，他说：“譬如一个病证，通过很好的表散以后，得汗甚畅，热亦退下，不能说是失表或表之不当了，但到明天热势复起，渐次变严重起来，这是误治呢？还是自然变化呢？也有同一证候，用同样的发表退热方法，有的一二剂霍然痊愈，有的一二剂后变化丛生。因而感到这些变化，未必都是药误而来，而有自发的现象在内”。[3]笔者认为，这“在内”的“自发现象”，就是人的体质各异。试看《伤寒论》第20条，太阳病用发汗的方法，应是正确的

治法吧，可是仍然出现“遂漏不止”亡卫阳的现象；而第45条，病人脉浮，汗而复下，显然属于误治，可是病邪仍未内陷。可见临床上的坏病，并不完全由于误治，而决定于体质的强弱。体质虚弱，虽未误治，也有势不可遏，破竹直入者；体质壮实，虽屡经误治，亦可不产生任何逆变。而且，误治后如何逆变，亦视体质而定。如111条：“太阳病，中风，以火劫发汗，邪风被火热，血气流溢，失其常度，两阳相熏灼，其身发黄，阳盛则欲衄，阴虚小便难，阴阳俱虚竭，身体则枯燥，但头汗出，剂颈而还，腹满微喘，口干，咽烂。”柯氏对此条的解释是：“若其人阳素盛者，因熏灼而伤血，其鼻必衄；其人阴素虚者，因熏灼而伤津，小便必难；若其人阴阳之气俱虚竭者，胸满而喘，口干咽烂而死者有矣。”〔4〕可见，误治后所产生的坏病，是随着病人素体阴阳盛衰的不同而不同。故《医宗金鉴》说：“病在太阳误下，为变不同者，皆因人之脏气不一，各从所入而化，故不同也。”[2]这确实是经验之谈。

3．传经与预后　关于“传经”，《伤寒论》明文只记载了5条，实际上，传经的意义却贯穿着全书，《伤寒论》不少条文，明明是传经，却没有直说，这是古文的简奥处，如果连这点也不能领会，那么，对《伤寒论》就没有真正学通。因为所谓“传经”，即是病程的演进，病机的变换，“走马看伤寒”，说的有点过分，可是实际上伤寒是时时刻刻地在变化着。伤寒的传经与否，固然与受邪的轻重有关，但决定性的因素仍是体质的强弱，而且，传变的途径，也视患者平素脏腑的阴阳虚实而定。素体胃有实热，则邪易传入阳明；素体脾有虚寒，则邪易传入太阴。如37条：“太阳病，十日以去，脉浮细而嗜卧者，外已解也；设胸满胁痛者，与小柴胡汤；脉但浮者，与麻黄汤。”太阳病经过一个阶段以后，由于人的体质的不同，可能出现三种转归：若体内正气盛，外邪亦强，双方势均力敌，则相持不传；若素体肝胆气

虚，外邪却盛，邪气破门直入，则传少阳；若体内正气强，外邪却弱，正能胜邪，则自愈。

自愈就是“阴阳自和”。但有人却否认机体能自愈，认为“阴阳在斗争中始能得和”，所谓“斗争”，只能是“用手段或纠阴阳之偏或促进自和条件”[5]，才会达到目的。不错，阴阳要斗争才能自和，问题是对于“斗争”形式的理解不同，笔者认为：斗争应包括自身的斗争和外在手段（如药物、针灸）作用下的斗争，不能片面强调外在的手段而否认机体自身的斗争，在很多情况下，机体自身的康复能力也是不能等闲视之的。徐灵胎说：“而我以为病之在人，有不治自愈者，有不治难愈者。”[6]在现实生活中，素禀壮实的人病后不服任何药而自愈的现象是屡见不鲜的。所谓“正气”，既包含着保护机体使之不受外邪侵袭的能力，又代表着邪气进入人体之后与之斗争从而使机体康复的能力，现代医学还认为：“当病原体侵入人体后，由于人体的防御和免疫能力不同，可出现不同的情况和结果，若人体抗病能力强，病原体很快被消灭而不为患。”[7]试看《伤寒论》三阳篇中，自愈的证候是并不少见的。相反，在三阴篇中，却出现了不少死候，可见，伤寒的预后和机体本身抗病能力的强弱是有很大关系的。

4.*治疗和禁忌*　因人而施治，是中医的治疗原则之一。蒲辅周说：“无论在预防思想和治疗原则上，人体是主要的因素。”〔8〕《伤寒论》的用药中，虽则包括了针对病邪的药，但大体上是纠正体质的药，通过调动人体自身存在的抗病能力，调节体内阴阳的平衡，以达到驱除病邪的目的。如太阳表虚证，因腠疏营卫不和而引起，仲景就用桂枝汤补脾以固营卫；太阳表实证，因腠密肺气不宣而引起，仲景则用麻黄汤宣肺而开肌腠；若体质在表虚与表实之间，用桂枝麻黄各半汤固卫宣肺；若体质在表虚表实之间偏于表虚的，则用桂枝二麻黄一汤重固卫虚，轻宣肺邪。

因人的体质不同，尽管治法有所不同，但却同样能达到发汗祛邪的目的。

此外，仲景还十分注意不同体质的人对药物的不同反应，如“淋家”素体阴虚，“发汗必便血”；“疮家”平素津亏，“发汗则痉”；“亡血家”素体血虚，“发汗则寒栗而振”……因此无论在药物的选择和剂量上，仲景都强调了因人制宜，如脾胃虚弱之人，“设当行大黄、芍药者，宜减之”；服用白散时，“强人半钱匕，羸者减之”；服用四逆汤时，“强人可大附子一枚，干姜三两”。并且，因人的体质不同，还严格规定了用药的禁忌：“咽喉干燥”者，阴虚火旺也，“不可发汗”；“病人旧微溏者”，阳虚寒盛也，栀子汤“不可与服之”；对于涌吐峻剂的瓜蒂散，则再三叮咛，“诸亡血虚家，不可与”。

（二）留　　邪

人们在研究外感病时，不少人对温病的“伏气”很感兴趣，却极少注意伤寒的“留邪”；人们在探讨体质学说时，往往只谈到素体的强弱和质性的阴阳，却忽略了体质中一个很重要的因素——留邪。实际上留邪对疾病的发生与病情变化是有深刻影响的。《伤寒论》中为什么出现那么多的变证，其中一个很重要的原因，就是留邪在起作用。

体内有无留邪，疾病的发生是不同的。胃阳素盛者，病多发于阳明，但有的人胃肠中有宿食，外邪与之相结，则为阳明腑证，须用三承气汤下之；有的人胃无积滞，外邪与无形之热相搏，则为阳明经证，须用白虎汤以清之。

体内有无留邪，误治后所产生的逆证也是不同的。如149条：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之……若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”有人对此条作了精辟的解

释："如果病人素有水饮，而正气又较弱的，误下后邪热内陷，与胸胁间的水邪相互搏结，便会出现心下硬痛的结胸证，在治疗上就应随证而用大陷胸汤；假如胃气不健的体质，误下后，邪热内陷，与正气搏结于中，心下满而不痛的，这又是成为痞证了，宜半夏泻心汤。"[8]不难看出，虽同为少阳病，因体内有无水邪的存在，误下后的见证就有结胸与痞证之分，治疗亦有陷胸与泻心之异。

不同的留邪，具有不同的临床特点和治疗方法。如"心下有水（饮）气"，外邪与之结，证见"咳而微喘"，治以小青龙汤；"本有久淤血"，外邪与之结，证见"其人善忘"，治以抵当丸；"本有宿食"，外邪与之结，"不大便"、"腹满痛"，治以大承气汤；"其人常自吐蛔"，外邪与之结，证见"静而复时烦"，治以乌梅丸；心下之水与外邪相结，证见"厥而心下悸"，治以茯苓甘草汤；心下之痰与外邪相结，证见"按之则痛，脉浮滑"，治以小陷胸汤。这样，外邪进入人体后，和体内的饮、淤、食、虫、水、痰等留邪相结，见证与治法都是截然不同的。

相同的留邪，由于时间有新久，部位有上下，病情有虚实，症状和治法也是大不一样的。如治淤血宜活血化淤，但蓄血时间较短的用抵当汤峻攻逐淤，蓄血时间较长的用抵当丸缓消化淤。如饮邪当"用温药和之"，但外邪与上焦之饮相结，则用小青龙汤温肺化饮；外邪与中焦之饮相结，则用苓桂术甘汤温脾化饮。又如少阴病，饮食入口则吐，若寒饮实邪而致"胸中实"，则"当吐之"；寒饮虚邪而致膈上虚，则"当温之"。

（三）体质的特性

1．体质的整体性与局部性　个体间的差异性，既可由整个机体的活动表现出来，也可单由身体某一部分或某一两个脏腑的

功能表现出来。如《伤寒论》中所说的“亡血家”、“虚家”、“强人”、“羸人”等都是指整个机体的机能衰减、低下或亢盛而言，这就是体质的整体性；而“脾家实”、“胃气弱”、“胁下素有痞”、“心下有水气”等则是指局部的功能虚弱或发生了障碍。当然，整体的机能变化是由局部逐渐变化所造成的，局部障碍对整体的机能活动也有影响，因此，二者是不能截然分开的。

2．体质的耐受性与适应性　体质的耐受性指机体对邪气的抵抗能力，由于年龄有壮老，禀赋有强弱，个体间的耐受性是有差异的。如感受风寒以后，发病还是不发病；既病之后，传变还是不传变；误治之后，是否产生坏病；预后是好转、痊愈或死亡，基本上决定于体质的耐受性。体质的适应性指对邪气的适应能力。由于体性有阴阳、体型有胖瘦，个体间的适应性也是不同的。如有的人不怕风寒，却易感受风热之邪；有的人不畏风热，却抵挡不住风寒的侵袭；有的病多发于三阳，有的一开始就可见三阴的症状；误治以后，有的易于伤阳，有的易于亡阴，这就是由于个体间适应性不同的缘故。

3．体质的长期性与暂时性　现代医学的体质类型（神经类型）、素质、年龄、性别、遗传性、免疫力等，均属机体的长期性，如《伤寒论》的“喘家”、“衄家”、“淋家”、“虚家”均属此类。还有一种机体的机能状态处于暂时性低下或亢盛，如“下之微喘”，“不发汗，因致衄”，汗下后“因致冒”，呕、利、发汗以致“新虚”，则为机体暂时处于喘、衄、冒、虚的病理状态。本文所讨论的体质，大都指体质的长期性，但必须指出，二者又有密切的关系，如太阳中风，既可由素体腠理疏松，营卫不和，不耐风寒所致，也可由体质壮实之人劳动、新沐、房后，与汗下后招致机体暂时性耐受风寒的能力下降所致。一般说来，体质的长期性处于相对稳定状态，不容易轻易改变，但也不

是绝对不可变的，如体质壮实过用克伐可致“新虚”，阳性体质过用苦寒也可变成阴性。

（四）体质与外邪的关系

对于体质与外邪的关系，基本上存在着两种不同的认识：一种只承认外邪的作用，而否认体质的因素，如成无己认为中风与伤寒的病因和病理机转与人的体质无关，仅是因为“风则伤卫，寒则伤营”，而“伤寒脉紧，伤风脉缓者，寒性劲急，而风性解缓故也”[10]；另一种只强调体质因素，却否认不同邪气对疾病的影响，如有人说：“伤寒与温病都是感受风邪而引起发病，”二者之所以症状表现不同，主要是因为“伤寒的患者，因体内无邪热内伏，一般津液较足，”而“温病的患者平素津液较为不足，在未发病前，先有不同程度的邪热内蕴”。[11]笔者认为，这两种认识都有片面性，都没有真正理解《伤寒论》的精神实质，如果没有偏见的话，应该承认，仲景是既重视体质，又不忽略外邪的。如他认为，不同的体质，同时感受风寒，可发生不同的病证，素体腠理疏松，卫气不固则“头痛，发热，汗出，恶风”（13条）；素体腠理致密，肺气不宣则“头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘”（35条）；素体胃阳盛，则“身热，汗自出，不恶寒，反恶热”（182条）；素有肝胆疾患，则“脉弦细，头痛，发热，”（265条），“就是说既可从太阳开始发病，也可以从阳明或少阳开始发病，甚至可以从少阴开始发病”。[12]而不同的外邪作用于机体，亦可引起不同的病证。如感受风寒，则“脉浮，头项强痛而恶寒”（1条）；感受风温，则“发热而渴，不恶寒”（6条）；感受暑热，则“汗出恶寒，身热而渴”[10]；感受风湿，则“骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，汗出短气，小便不利，恶风不欲去衣”（175条）。

外邪与体质的关系，从某种意义上讲，就是哲学上内因与外

因的关系，痰、饮、食、虫、水、淤血等留邪虽属邪气，因为是机体功能失调的病理产物，仍应归于体质因素。纵观《伤寒论》全篇，仲景是把体质置于决定性的因素，而认为外邪只是发病的条件，所以从疾病的发生、变化、转归、治疗，乃至预后，仲景都特别注重体质的重要意义，正如柯氏所说："夫病寒病热，当审其人阴阳之盛衰，不得拘天气之寒热；天气之寒热伤人，必因其人阴阳之多少、元气之虚实为轻重，不全凭时令之阴阳为转移也。所以仲景制方，全以平脉辨证为急务，不拘于受病之因，不拘于发病之时为施治。"[4]这一席话，才真正道出了仲景辨证施治的真谛。

参考文献

〔1〕尤在泾.伤寒贯珠集.上海：上海科技出版社，1978

〔2〕吴谦，等.医宗金鉴.北京：人民卫生出版社，1963

〔3〕程门雪.学习伤寒论的体会.上海中医药杂志，1962；（7）：1

〔4〕柯韵伯.伤寒来苏集.上海：上海科技出版社，1978

〔5〕刘渡舟.对伤寒论几个问题的探讨.新医药学杂志，1978；（1）：3

〔6〕徐灵胎.医学源流论.北京：人民卫生出版社，1957

〔7〕盛增秀，等.略论祖国医学的体质学说.新医药学杂志，1978；（7）：13

〔8〕蒲辅周.中医治疗乙型脑炎的辨证论治规律及预防思想.中医杂志，1959；（1）：12

〔9〕南京中医学院.伤寒论教学参考资料.南京：江苏人民出版社，1963

〔10〕成无已.注解伤寒论.北京：人民卫生出版社，1972

〔11〕何志雄.试谈伤寒与温病的异同.新中医，1978；（5）：11

〔12〕沈济苍.伤寒论六经分证的精神实质.上海中医药杂志，1963；（6）：17

常　变　观

常即普遍性，变即特殊性。《伤寒杂病论》内容尽管千头万绪，错综复杂，但总不外常与变。可以毫不夸张地说，常变观是仲景辨证论治的精髓。没有对仲景常变观的彻底了解，就不可能真正弄懂《伤寒杂病论》。书中的一些问题之所以长期纠结不清，就是因为没有认识仲景的常变观；如果认识了，许多悬案疑点就会迎刃而解。

（一）证候的常与变

以阳证与阴证而言，“发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也”，此乃一般规律。实际上，阳证也有不发热者，阴证也有发热者。如太阳伤寒为表，属阳，当感受风寒较重，卫阳郁闭，不能及时伸展；或体质不强，骤然之间卫气未能及时达表抗邪，也会出现暂时的“或未发热”。少阴病为里，属阴，当阴盛格阳或阴去阳复时，也会出现发热。

以阳明病而言，“阳明之为病，胃家实是也”，显然是指中焦气分实热证，阳明病篇确实以中焦气分实热证为主，此乃阳明之常。另一方面，阳明病中还有一些变证：如热扰胸膈的栀子豉汤证就不在中焦而在上焦，阳明中寒证就不是热而是寒，阳明蓄血就不在气分而在血分，蜜煎导证就不是实热而是虚热。

一般来说，疾病的内在本质与外在表现是基本一致的，寒证见寒象，热证见热象，虚证见虚象，实证见实象，但危重证候或疾病的后期阶段也会出现至虚有盛候、大实见羸状、热极呈寒

象、寒甚显热症、愈证现恶候、危证露佳兆的反常现象。

至虚有盛候　如《伤寒论》第211条："发汗多，若重发汗者，亡其阳，谵语，脉短者死，脉自和者不死。"谵语一般出现在疾病的极期，"实则谵语，虚则郑声"，谵语多为邪热亢盛扰乱神明的大实证，而此条之"谵语"，却由"发汗多"所致，汗出过多，阳气随着阴津的大量消亡而消失，从而导致心气散乱、神明无主，故此"谵语"，并非阳盛，而是阳亡；并非实证，而是虚证。

大实见羸状　如《伤寒论》第252条："伤寒六七日，目中不了了，睛不和，无表里证，大便难，身微热者，此为实也，急下之，宜大承气汤。"此条不曰"大便硬"，而曰"大便难"；不曰"潮热"，而曰"微热"，似乎是津液不足、正气已衰的虚证，"目中不了了，睛不和"，似更为虚极之兆。但若察其舌必焦黑，切其脉必沉实，实乃热结于腑、邪热深伏的大实证，故仲景曰："此为实也，急下之。"

热极呈寒象　如《伤寒论》第350条："伤寒，脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。"滑为阳脉，主里有热，身体应现一派热象，但却未见发热，只见手足厥冷的寒象，此乃热邪深伏于里、阳气不能透达于外所见的假寒。诚如钱天来所说："伤寒郁热之邪在里，阻绝阳气，不能畅达于四肢而厥，所谓厥深热亦深也。"[1]

寒甚显热症　如《金匮·呕吐哕下利病篇》："下利，脉沉而迟，其人面少赤，身有微热，下利清谷者，必郁冒汗出而解，病人必微厥，所以然者，其面戴阳，下虚故也。"此条厥与下利清谷、脉沉迟并见，显然为阳气大虚、阴寒邪盛的证候，但外面却见"面少赤，身有微热"的热象，此乃体内阴寒极盛，虚阳被格拒于外，残阳不能归根，故外见一派虚假的热象。

愈证现恶候　如《伤寒论》第46条："太阳病，脉浮紧，

无汗发热……服药已微除，其人发烦目瞑，剧者必衄，衄乃解。所以然者，阳气重故也。”太阳伤寒经治疗后，病人“无汗发热”的症状已经缓解了，基本痊愈了，理应身凉脉缓，却反而出现了“发烦目瞑”，甚至“衄血”的险恶症状，这是由于寒邪郁闭较甚，药后正邪交争剧烈的缘故。古人曾经说过：“药不瞑眩，厥疾弗瘳”，也就是说，一般的疾病服药后邪正交争不激烈，疾病向愈是平缓的过渡；严重的疾病服药后邪正交争比较激烈，可能出现暂时似乎“恶化”的症状。

危证露佳兆　如《伤寒论》第385条：“恶寒脉微而复利，利止，亡血也，四逆加入参汤主之。”霍乱病泄利无度，突然泄利停止，似乎是疾病向愈的佳兆，但既不见手足转温，又不见“烦热，欲去衣被”，而是与“恶寒脉微”阳衰阴盛证并见，可见，此“利止”乃泄利损失津液过多，以致无物可下的危证。除中证也是这样的，本来胃气已经竭绝，按道理应不能饮食，却反而能大吃大喝，似乎是佳兆，实际上却是残灯复明的假象。证之临床，危重证后期突然出现的“佳兆”，均为病人即将死亡的凶信。

（二）脉象的常与变

《伤寒杂病论》中，每一种脉象都有其特定的主病意义，如“脉浮者，病在表”，“沉为在里”，“脉迟为寒”，“数为热”，“阳明脉大”，“太阳之为病，脉浮”，“少阴之为病，脉微细”，此乃脉象主病之常，仲景往往是直接凭脉象之常审察疾病的病机，掌握疾病变化的趋势，判断疾病的性质、病位，制定治疗的措施，了解疾病的预后。但有时同一种脉象往往能反映多种不同甚至截然相反的病证，也就是说，常脉之外，还有变脉。

浮为在里　浮脉多主表，但亦有见于里证者，如《伤寒

论》第29条："伤寒脉浮，自汗出，小便数，心烦，微恶寒，脚挛急。"此条浮脉与微恶寒、小便数、脚挛急等里虚证并见，即为阴阳两虚的里证，而非表证，所以仲景说："反与桂枝，欲攻其表，此误也。"一般来说，浮脉见于寸部，多为表证；若在关部或尺部，却多为里证。如《伤寒论》第154条："心下痞，按之濡，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。"此关浮之脉，用大黄黄连泻心汤清里热，就表明其证不是表寒而是里热。

沉反在表　沉脉多主里，但亦有见于表证者。如《伤寒论》第62条："发汗后，身疼痛，脉沉迟者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之。"太阳表证经发汗以后，虽出现了身疼痛等营阴不足、筋脉失养的症状，但仍以桂枝汤为主解表，说明其邪气仍在表，故此条脉沉就不主里而主表。又如《伤寒论》第124条："太阳病，六七日，表证仍在，脉微而沉，反不结胸。"其脉虽沉，病却在表；第301条："少阴病始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之。"其脉虽沉，病亦在表。由此可见，当表邪轻微，或少阴体质感受外邪时，脉不显浮而反见沉。

脉实证虚　实脉多主实证，但亦有见于虚证者。如《伤寒论》第369条："伤寒下利日余行，脉反实者，死。"下利每日十余次，其津液耗竭相当严重，显然是虚证，理应出现细微无力的虚脉，而现在"脉反实"，证虚脉实，脉证截然相反，可知此脉实并非正气来复，而是胃阳垂绝，元阴暴脱，真脏脉见。诚如成无己所说："下利者，里虚也，脉当微弱，反实者，病胜脏也，故死。《难经》曰：'脉不应病，病不应脉，是为死病。'"[2]

脉虚证实　虚脉多主虚证，但亦有见于实证者。如《伤寒论》第251条："得病二三日，脉弱，无太阳柴胡证，烦躁，心下硬，至四五日，虽能食，以小承气汤少少与微和之，令小安。"得病二三日，既无太阳之表证，又无少阳之半表半里证，从其"烦

躁，心下硬”，当断为阳明胃家实，应当用大承气汤攻下，但察其脉却弱，是为脉虚证实，虽有可攻之证，而无可攻之脉，仲景曾有“脉弱设当行大黄、芍药者，宜减之”的明训，故用“小承气汤少少与微和之”。临床上脉虚证实的复杂情况并不少见，仲景的处理方法无疑为我们提供了成功的范例。

数可为寒　数脉多主热证，但亦有见于寒证者。如《金匮·呕吐哕下利病篇》：“病人脉数，数为热，当消谷引食，而反吐者……以发其汗，令阳气微，膈气虚，脉乃数，数为客热，不能消谷，胃中虚冷故也。”数脉一般主热证，如果是胃热，当与消谷引食并见，而此条脉虽见数，证却见不能食而呕吐，可见此数脉是胃中虚冷、虚阳躁动所致。从临床的实际情况来看，数而有力，多为热证；数而无力，多为虚证或寒证。若医生不详审，一见数脉，即用寒药，则祸不旋踵。

迟亦为热　迟脉多主寒证，但亦有见于热证者。如《伤寒论》第208条：“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也。手足濈然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。”此条脉迟似为寒证，但与“短气，腹满而喘，潮热，手足濈然汗出”等一派实热证并见，显然不是寒证而是实热证。林之翰说：“迟脉属脏主寒，此一定之理，乃其常也；若论其变，又有主热之证治，不可不知。”[3]一般来说，脉迟而无力，且与一派虚寒症并见，多为寒证；迟而有力，且与一派实热症并见，多为热证。

（三）治法的常与变

六经病的治疗，每一经病都有一定之法，如太阳病麻黄、桂枝汤之汗法，阳明病三承气汤之下法，少阳病小柴胡汤之和法，太阴病理中汤之温法……此乃六经治疗之常法。由于疾病的复杂性，每一经病中除了常证还有变证，针对变证，也有变法。如针

对太阳变证，分别有五苓散之利水法、桃核承气汤之活血法、三泻心汤之和胃法、小陷胸汤之祛痰法；针对阳明变证，分别有抵当汤之逐淤法、茵陈蒿汤之清热利湿法、吴茱萸汤之温肝和胃法；针对少阴变证，分别有黄连阿胶汤之清热滋阴法、甘草桔梗汤之清咽利喉法、桃花汤之固肠涩利法。

合并病的治疗，仲景亦有一定之法，如《金匮·脏腑经络先后病篇》："病，医下之，续得下利清谷不止，身体疼痛者，急当救里；后身体疼痛，清便自调者，急当救表也。"为里虚者，先里而后表；《伤寒论》第106条："太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈，其外不解者，尚未可攻，当先解其外；外解已，但少腹急结者；乃可攻之。"为里实者，先表而后里。这两种治法，都是治疗合并病的常法。除此以外，仲景针对合并病的复杂性，又有两种治疗变法：一曰单开一面，多用于合并病病邪偏重于一经者。如《伤寒论》第99条："伤寒四五日，身热恶风，颈项强，胁下满，手足温而渴者，小柴胡汤主之。"其"身热恶风，颈项强"为太阳病，"胁下满而渴"为少阳病，合而观之，乃太阳少阳合并邪气偏重于少阳，故用小柴胡汤和解少阳，少阳病除而太阳自愈。二曰两经同治，多用于合并病病邪两经并重者。如《伤寒论》第146条："伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。"此条"发热，微恶寒，支节烦痛"，为太阳病；"微呕，心下支结"，为少阳病，合而观之，乃太阳少阳合病且两经都较重者，故用柴胡桂枝汤双解太阳少阳之邪。

不管是治一经病，还是合并病，仲景多采用逆其病势的方法，即寒者热之，热者寒之，虚者补之，实者泻之，此乃治疗之常法。但是疾病发展到危重阶段，常法往往无法遏制病势的发展，仲景常采用寒因寒用、热因热用、通因通用的变法。

寒因寒用　所谓"寒因寒用"，是指外在的症状为寒，内在

的实质为热，就用寒药来治疗，亦即寒药治假寒证。如《伤寒论》第350条：“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之。”病人外在的症状是手足厥冷，似乎为寒极，但滑为阳脉，却说明其内在的本质是热，故用白虎汤清里热，热清而厥冷自愈；若见手足厥冷误用四逆汤温之，无异于火上加油。

热因热用　所谓“热因热用”，是指外在的症状为热，内在的实质为寒，就用热药来治疗，亦即热药治假热证。如《伤寒论》第317条，“少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤……通脉四逆汤主之。”病人外在的症状“身反不恶寒，其人面色赤”似乎是热极，但“微”为阴脉，主里有寒，且伴“下利清谷”，所以本证实为假热真寒，用通脉四逆汤破阴回阳，祛除沉寒，寒祛阳回，面赤身热自退；若见面赤身热而用白虎汤清之，无异于雪上加霜。

通因通用　所谓“通因通用”，是指通泄证如果内在的实质是积滞淤阻，就用攻下法来治疗，亦即泻下法治泻下证。如《伤寒论》第311条：“少阴病，自利清水，色纯青，心下必痛，口干燥者，可下之，宜大承气汤。”病人外在的症状是“自利清水，色纯青”，似乎是虚寒性泄利，应该用止涩法，但从其“心下必痛，口干燥”来看，腹中有实热积滞，所以用大承气汤泻下积滞，积滞去而利自止。

参考文献

〔1〕钱天来．伤寒溯源集．上海：上海卫生出版社，1957
〔2〕成无已．注解伤寒论．北京：人民卫生出版社，1957
〔3〕林之翰．四诊抉微．北京：人民卫生出版社，1957

非典型观

医生为什么会误诊？其原因固然很多，但主要还是由于临床上出现的病证往往是非典型性的，不容易诊断清楚。吴阶平同志曾说，他刚开始接触第一个病人时，就发现“这个病人没有书本上所说的东西”，于是，“就认为病人不对，或者说叫做不典型”，经过一段时间的临床，才“开始懂得事情并不那么简单，所谓绝对的典型性是没有的”。然而，令人迷惑不解的是：一方面，非典型证在临床上经常出现；另一方面，却又常常被人们所忽视。就以《伤寒论》而言，在全部三百九十八条中，典型证只有那么十几条，非典型证占三百条之多，但研究《伤寒论》典型证的文章可以说是连篇累牍，而对非典型证的探讨却尚付阙如。因此，笔者拟从《伤寒论》非典型证的原因、分类和辨别三个方面谈一点肤浅之见，也许对搞清《伤寒论》的诊断思维方法有所俾益。

（一）非典型证的原因

为什么临床上外感热病出现的几乎都是非典型证？《伤寒论》谈了很多原因，但总其大要，不外四点：

1．病史不同　每个病人在就诊以前总有这样那样或多或少的病史，如《伤寒论》所谓“喘家”、“淋家”、“汗家”、“失血家”等，就是说这些病人在患外感热病之前已经有哮喘、淋病、自汗、失血等不同的病史，即使他们同时感受风寒之邪，所表现的症状也会有差异，除头痛、发热、恶寒、脉浮外，“喘

家”必伴见咳嗽气喘；“淋家”必伴见小便不利。

2．病程不同　我们在临床上很难见到疾病的全部过程，往往只能见到它的一个横断面。病证在不同的时刻，其临床表现并不完全一样。如阳明证应为但热不寒，但在其早期阶段，也可能出现短暂的“不发热而恶寒”；阳明热型应是“潮热”，但太阳证初传阳明时，也可能表现为“蒸蒸发热”。其他各证亦莫不如此。

3．性别不同　由于男女在生理特点上的差异，患病后其病理变化也会有所不同，尤其在妇女经产期表现的更为明显。《伤寒论》第145条：“妇人伤寒，发热，经水适来，昼日明了，暮则谵语，如见鬼状者，此为热入血室……。”也就是说，妇女在月经期患伤寒，除了和男子一样有体表发热以外，还可能出现“暮则谵语”的神志症状。

4．体质不同　由于人们在遗传性和获得性的基础上表现出来的功能各不相同，因此，即使在同一证候上，其临床表现也会不同，甚至截然相反。如伤寒少阴证的典型表现是“脉微细，但欲寐”，肾阳虚的病人一般会出现上述脉症，肾阴虚的病人则反而会出现“心中烦，不得卧”。

张孝骞同志说：“我看过不少伤寒（这当然与本文的“伤寒”不同——引者）病人，可以说没有两个病人的病情是完全相同的，每个人的年龄、性别不同，生活条件、生活环境不同，虽然得的病本质上是一样的，但是表现总是不同的，总有各自的特点……我们的临床医生，要把自己的基点放在认识每一个具体不同的病人身上。”“放在认识每一个具体不同的病人身上”，也就是放在认识每一个非典型证上，这一点，十分重要。临床医生水平的高低，往往取决于对非典型证认识和掌握的程度，临床医学科研方法，在很大程度上也要依赖各种非典型证资料的积累与认识。用公式化的办法对待临床医学，往往一事无成。

（二）非典型证的分类

《伤寒论》中所出现的非典型证，根据其临床表现与病理特点，大致可分为不精确证、不相应证和不完全证三类。

1. 不精确证　长期以来，人们习惯于用二值逻辑思维去对待临床上的一切，在他们看来，证候要么为阳，要么为阴；要么在表，要么在里；不是属寒，就是属热；不是为虚，就是为实，这是十分错误的倾向。其实，临床上的病证远非如此简单，而是极其错综复杂、扑朔迷离的。如《伤寒论》第23条："太阳病，得之八九日，如疟状，发热恶寒，热多寒少，其人不呕，清便欲自可，一日二三度发。……面色反有热色者，未欲解也，以其不得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤。"本证从"热多寒少"、"以其不得小汗出"来看，似乎是表实，而"得之八九日"，"身必痒"，又似表虚；邪郁于表，肌腠闭塞，又非全虚，病延既久，邪势已减，又非全实，因此，本证应为介乎表虚与表实之间、似虚似实、非虚非实的中间证，亦即不精确证。桂枝二麻黄一汤证又是介乎桂枝汤证与桂枝麻黄各半汤证之间的不精确证。此外，《伤寒论》还论述了介乎寒热之间，不寒不热，寒热交互的痞证；介乎表里之间，非表非里，半表半里的小柴胡汤证，这些均属不精确证。恩格斯说："辩证法不知道什么绝对分明的和固定不变的界限，不知道什么无条件的普遍有效的'非此即彼'，它使固定的形而上学的差异互相过渡，除了'非此即彼！'又在适当的地方承认'亦此亦彼！'并且使对立互为中介。"临床上的病证更是如此。所谓绝对的阴证和阳证，单纯的实证和虚证，十分的热证和寒证，完全的表证和里证，都是不存在的。在阴与阳、虚与实、表与里、寒与热之间并没有一条不可逾越的鸿沟，临床上大都是一些不阴不阳、非表非里、亦寒亦热、似虚似实的不精确证。所以，我们应当把不精确证（或中间证）的概念引

入到中医学领域中去，才更符合唯物辨证法和临床实际。

2．不相应证　所谓不相应证，顾名思义，是说症与脉、症与症之间的表现不相一致。

症与症不相应，主要表现有两种：一是真假证，如《伤寒论》第317条："少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤……通脉四逆汤主之。"其中"下利清谷"、"手足厥逆"，为内有真寒之症；"身反不恶寒，其人面色赤"，为外有假热之症。此外，《伤寒论》中还有热症见寒象（第350条），大实有羸状（第254条），至虚有盛候（第332条）。二是合并证，病人同时兼有两种证候，或此证未已，彼证复起，均可出现症与症不相应的非典型证。如《伤寒论》第178条："伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。"本条中"欲呕吐"为上热，"腹中痛"为下寒，乃寒症与热症并见的不相应症。又如第168条："太阳病，外证未除，而数下之，遂协热而利，利下不止，心下痞硬，表里不解者，桂枝人参汤主之。"为先有"发热恶寒"之表症，后见"利下不止"之里症，表症与里症相继出现的不相应证。

在临床实践中，症与脉完全一致的典型证比较少见，症与脉不一致的非典型证却比比皆是。笔者对《伤寒论》中有症有脉的条文进行过粗略的统计，发现脉症相符者仅21条，脉症不一致者却有92条。如《伤寒论》第126条："病人脉数，数为热，当消谷引食，而反吐者，……以胃中虚冷，故吐也。"数脉本主热，而本条却反见胃冷呕吐。此外，《伤寒论》还记述热症见迟脉（第213条），虚症见实脉（第369条），实症见虚脉（第251条）等等。有人曾随意抽查1981年度国内三种"主要中医刊物23册所载医案，有脉象记录者共469例，竟无一例是脉症不符的。其中个案报道132例亦不例外，案案皆脉症相符。"医案记载的脉症与临床实际相差这么远，就很难令人相信。

3．不完全证　在临床上经常看到病人身上的主要症状与教科书上典型证主要症状的数量是不相同的，一般说来，都比典型证的数量要少，我们姑且把这样的非典型证名为“不完全证”。如小柴胡汤证有“往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕”四大主症，但《伤寒论》中除第96条外的小柴胡汤证的条文却没有一条是四症俱全的，如第379条只有“呕而发热”两症，而第37条只有“胸满胁痛”一症，都用小柴胡汤，所以《伤寒论》第103条提出：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具。”这是一条十分重要的辨证法则，它不仅适用于少阳证，而且还广泛地适应于太阳、阳明、太阴、少阴和厥阴等其他各证。我们看太阳中风证，在二十条中只有第2条和第12条具备了全部六个脉症，其他都只有两症甚至一症。至于有人认为运用大承气汤必须具备“痞满燥实坚”，白虎汤证必须具备“大热、大渴、大汗、脉洪大”四症，也是毫无根据的。那是后人从运用此二方的条文中抽象出来的“诊断标准”，在临床上极少见到，《伤寒论》从头到尾也查不到。相反的，倒是它们的不完全证随处可见。如《伤寒论》第254条，只有“腹满痛”一症，即用大承气汤，第170条只有“渴欲饮水”一症，即用白虎汤。在临床上，诸症悉具的典型的柴胡、桂枝、白虎、承气证并不多见，大都是缺这一症，少那一症，或仅见一症的不完全症。若必待全部症状具备而后用方，无异于守株待兔。不但伤寒病是如此，温病、杂病以及现代医学许多疾病的诊断亦莫不如此。

当然，《伤寒论》虽把非典型证分为不精确证、不相应证和不完全证三类，但三者之间往往是互相交织在一起，很难截然分开。如桂枝二越婢一汤，实际即桂枝麻黄各半汤（去杏仁）加石膏，其用石膏，则内有郁热，其见“发热恶寒”，则外有表寒，此是不相应证；但从其用桂枝麻黄各半汤，又知其为不精确证，因此，本证实际上是兼有不相应证与不精确证二者特征的非典型

证。又如《伤寒论》301条："少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄附子细辛汤主之。"本条"脉沉"为里症，"反发热"为表症，显然是不相应证，而表证中仅见"发热"，未见恶寒、头痛、项强等症，又显然是不完全证。因此，麻黄附子细辛汤证实际上是兼有不相应证与不完全证二者特征的非典型证。

（三）非典型证的辨别

典型证一般不难识别，非典型证则不易辨清，尤其是对那些初出茅庐的医生，在非典型证面前更是眼迷心惑，束手无策。而《伤寒论》在辨识非典型证方面给我们提供了几种很好的方法。

1．比较法　有比较才能有鉴别。非典型证主要是同典型证相比较来辨识的。典型证是指以基本病变为基础的大量、普遍、本质的表现。《伤寒论》的六经提纲证，就是伤寒的六大典型证，它是从大量的非典型证中抽象出来的，反过来又指导非典型证的辨证。从某种意义来说，《伤寒论》的辨证过程，也就是以每一个具体病人同典型证——六经提纲证相比较的过程。在比较中，求大同，存小异。这主要反映在两个方面，一是求病理机制之同，存临床表现之异。以阳明证为例，有的见"谵语、潮热、大便硬"，有的见"渴欲饮水、口舌干燥"，有的见"身黄如橘子色，小便不利，腹微满"，只要能分析出其病机是胃肠实热，就可诊断为阳明证。因为外在的表现总是因人而异，只要其本质上一样就可以。二是求主要症状之同，存次要症状之异。如在外感热病初期，有的见"头痛、发热、恶寒、咳喘、脉浮紧"，有的见"头痛、发热、恶寒、干呕、脉浮缓"，有的见"头痛、发热、恶寒、项背强几几，脉浮弱"……都可以诊断为太阳病，因为都有头痛、发热、恶寒、脉浮的主症，至于其他次要症状或多或少、或此或彼、或有或无，就无关紧要了。总之，要识别非典型证，必须善于把典型证与非典型证联系起来考虑，没有典型证作

比较，是无法确定非典型证。《伤寒论》之所以可贵，其中最主要的原因，就是它既有临床上常见的非典型证，又有从大量非典型证中抽象出来的典型证，有比较，有分析。这一点，就比我们现在中医学教科书中只写典型证的作法不知高明了多少倍！

2．**治疗性诊断法** 当病情复杂，症状模糊，无法肯定是某个诊断，或对某个诊断因证据不足还没有十分把握时，《伤寒论》往往采取以诊断为目的的试探性治疗。如第214条："若不大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之；若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之，攻之必胀满不能食也。"本条"不大便六七日"有两种可能：阳明实热，或太阴虚寒。虚实之异，判若天渊，又无其他表现可资佐证。这时，仲景毅然运用小承气汤进行试探，如果汤入腹中"转矢气"，就是阳明实热，可攻；如果"不转矢气"，就是太阴虚寒，则禁攻。有时，一次试探还不能解决问题，需要多次反复的试探，才能弄清病情，如《伤寒论》第159条，用和法、温法、涩法、利法等多种试探性治疗，才得出正确的诊断结果，治疗性诊断是中医经常采用的方法，这种方法在临床上很难避免，但也要严格掌握，以免给病人带来不必要的痛苦。

3．**否定反证法** 当临床表现似是而非、模棱两可，其诊断结果有多种可能性时，就要用否定的方法排除其他诊断，从而反证此种诊断为唯一正确的诊断，谓之否定反证法。这种方法，也是《伤寒论》普遍运用的。如第61条："下之后，复发汗，昼日烦燥不得眠，夜而安静，不呕，不渴，无表证，脉沉微，身无大热者，干姜附子汤主之。"六经皆有"烦燥"症，究竟是何证呢？仲景用"无表证"，否定其为太阳证；用"不呕"，否定其为少阳证，用"不渴"，否定其为阳明证。那么病邪可能在三

阴，然后结合“脉沉微，身无大热”，确认其为少阴阳虚证，而用干姜附子汤治疗。

以上对《伤寒论》非典型观进行初步探讨，由于病人的病史、病程、性别、体质的不同，可以产生各种各样的非典型证。按其临床表现和病理特点，可分为不精确证、不相应证和不完全证三类，但临床上三者又往往交织在一起，很难截然分开。用比较法、治疗性诊断法与否定反证法来分辨非典型证，事实证明是临床上行之有效的方法。这篇文章不过只是揭开了研究《伤寒论》非典型证的序幕，至于更深刻、更全面、更精采的研究，还有待于高明。

六经辨证法

六经，即太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴，六经辨证，就是以六经为纲领，对外感热病进行辨证论治的大法。现就其实质、方法、与其他辨证大法的关系作一简要论述。

（一）六经辨证的实质

六经病尽管均以病为名，却不是六个独立的疾病。它的实质究竟是什么呢？目前虽然有“经络说”、“六气说”、“经界说”、“证候群说”、“脏腑经络说”等多种不同的看法，触及了它的实质，但又都不全面。只有五版教材《伤寒论讲义》才真正揭示了它的庐山真面目：“《伤寒论》的六经概括了脏腑、经络、气血的生理功能和病理变化，并根据人体抗病力的强弱，病因的属性，病势的进退缓急等因素，将外感疾病演变过程中所出现的各种证候进行分析、综合、归纳，从而讨论病变的部位、证候特点、损及何脏何腑、寒热趋向、邪正消长以及立法处方等问题。因此，《伤寒论》的六经，既是辨证的纲领，又是论治的准则。”具体地说，六经辨证包含以下三点意义：

第一，六经是多种概念的高度综合体，因而不能用某个单纯的概念来概括。仲景虽明言“撰用《素问》、《九卷》”，其渊源于《内经》是毫无疑义的，但其实质已非《素问·热论》、《灵枢·经脉》之旧，而是在其基础上根据临床实际有所发展，有所

创新。前者仅指经脉，后者则包含了经脉、脏腑、营卫、气血；前者只言实热，后者则融合了《内经》的全部阴阳概念：前者传经拘于一日一经，后者则不为日数所限；前者只限于针刺法，后者则赅内外针药多种治法；前者只是辨证的纲领，后者兼具论治的法则。诚如柯韵伯所说："夫热论之六经，专主经脉为病，但有表里之实热，并无表里之虚寒……但有可汗可泄之法，并无可温可补之例也……夫仲景之六经，是分六区地面，所赅者广，虽以脉为经络，而不专在经络上立说，凡风寒温热内伤外感，自表及里，有寒有热，或虚或实，无乎不包。"[1]

第二，六经不单单是分证的纲领，而且有其病理基础——脏腑经络。任何疾病的发生与发展，总是与人体的脏腑经络息息相关的，外感热病也不例外。仲景的六经辨证，就是把他在临床上观察到的外感热病发生发展全过程中正邪在人体脏腑经络的具体变化，按表里虚实之不同、缓急顺逆之差别，进行分类归纳，从而给人们提供辨证与治疗的明确依据。因此，"太阳、阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴"代表着具体的脏腑经络，而不是单纯的可甲可乙的代名词。

第三，六经与它所系的同名经脉及脏腑有密切的关系，但又不能把二者完全等同起来。以经脉而言，足少阳胆经起于目外眦，上抵头角，入耳中，并从缺盆下行胸胁，所以少阳病就出现咽干、目眩、耳聋、胸胁苦满等症状；以脏腑而言，阳明系于胃肠，所以阳明病多为腹满痛、大便硬等胃肠系统的病变。因此，我们必须承认六经病证每一经病都与它的同名经脉及其所系的脏腑有密不可分的关系。但另一方面，我们必须清楚地认识到，六经病证又不完全是它的同名经脉及其所系脏腑的病变。以三阴病而言，太阴应包括足太阴脾与手太阴肺，而实质上太阴病仅是脾虚寒证，与肺病毫不相干；厥阴应包括足厥阴肝与手厥阴心包，但厥阴病中很难找到心包的病变。因此，那种把六经病与它的同

名经脉及其所系的脏腑完全等同起来的观点是十分错误的。

（二）六经辨证的方法

仲景六经辨证的主要方法是立大纲，辨六病，分正变，察虚实，明相兼。

立大纲 《伤寒论》开宗明义，在第7条就提出了“病有发热恶寒者，发于阳也；无热恶寒者，发于阴也。”柯韵伯先生认为此条“起手先立总纲一篇，令人开卷便知伤寒家脉证得失之大局矣。”[1]外感热病是十分复杂的，要把复杂的证候理出一个头绪来，必须要有大纲。究竟立什么为大纲呢？《素问·阴阳应象大论》提出：“善诊者，察色按脉，先别阴阳。”于是，仲景就以阴阳作为辨别外感热病的大纲，临床上凡见发热者，统统归为阳证，太阳、少阳、阴明即是；凡无热者，统统归为阴证，太阴、少阴、厥阴即是。

辨六病 所谓“六病”，不是六种独立的疾病，而是某种意义上的六个互相联系又截然不同的六个证型，即太阳病、阳明病、少阳病、太阴病、少阴病、厥阴病。其方法是先立提纲一条，以确定各病的概念，《伤寒论》每篇之首各有一条“××之为病”的条文，即是六经各病的提纲证。柯韵伯说：“仲景六经各有提纲一条，犹大将立旗鼓，使人知有所向，故必择本经至当之脉症而标之，读书者须紧记提纲，以审病之所在。”[1]篇首六条是否可以作为辨别六病的提纲呢？笔者认为，如以“本经至当之脉症”作为衡量的标准，这六条作为提纲是当之无愧的。如第1条：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒。”这14个字非常确切而具体地描述了外感热病初期“表证”的必具症状，之所以未言“发热”，是因为总纲中已经明言，此处就省略了。又如第273条：“太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛；若下之，必胸下结硬。”这28个字也把太阴病的症状、病

位概括无遗。但严格说来，提纲证也并非完美无缺。如第282条："少阴病，欲吐不吐，心烦，但欲寐，五六日自利而渴者，属少阴也。虚故引水自救，若小便色白者，少阴病形悉具。"从此条看来，少阴病提纲"少阴之为病，脉微细，但欲寐"是不完整的，必须加上"自利而渴，小便色白"，才算"悉具"。所以尤在泾说："阳明条下无口干恶热之文，少阳条下无往来寒热之目，少阴欲寐仅举一端，太阴、厥阴多言脏病"，主张"当参合他条，毋徒执一。"[2]确为有见地之言。

分本变　柯韵伯说："提纲可见者只是正面，读者又要看出底板，再细玩其四旁，参透其隐曲，则良法美意始得了然。"[1]所谓"正面"，即提纲证所概括的证候，所谓"底板、四旁、隐曲"，即提纲证所不能概括的证候。提纲证概括的证候，我们称之为"本证"，提纲证所不能概括的证候，我们称之为"变证"。以太阳病来说，发热、恶寒、脉浮的"太阳中风"、"太阳伤寒"均为本证，蓄水、蓄血、结胸、痞证均为变证；以少阴病来说，下利清谷的四逆汤证为本证，而黄连阿胶汤证、猪苓汤证、甘草汤证均为变证。本证的概念比较明确，一般人容易掌握，变证比较复杂，须"细玩"才能"参透"其奥秘。首先要明白，变证不是标准的太阳病或阳明、少阳、太阴、少阴、厥阴病，也就是说，难以准确地用六经证候称其名，而且往往与本证的性质、病位截然相反，如太阳病是表证，而蓄水、蓄血、结胸、痞证却是里证；少阴病是寒证，而黄连阿胶汤证、猪苓汤证、甘草汤证却是热证。其次要清楚，不要把"坏病"及他经病误认为变证。如第45条："太阳病，先发汗不愈，而复下之，脉浮者不愈，当须解外则愈，宜桂枝汤。"本条经误治后仍为桂枝汤证，故其虽为"坏病"，却并非太阳变证。又如李培生主编的《伤寒论讲义》把第70条"发汗后，……不恶寒，但热者，实也，当和胃气，与调胃承气汤"列为太阳变证，理由呢？大概因为此条虽在太阳篇

而又非典型的太阳病。众所周知，太阳篇除了太阳本证和太阳变证外，还有他经病（如第70条即为阳明病）、合并病与杂病。因此，那种把误治后产生逆变的病（坏病）及治疗后产生变化的病（他经病）都当作变证是不恰当的。

察虚实　确定本证与变证后，就要进一步明察其属虚属实。以太阳病为例，太阳本证为表证，表证中分表虚与表实，“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”，即是表虚证；“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒”，即是表实证。太阳变证为里证，里证中亦分里虚与里实，“心下满而硬痛者，此为结胸”，即是里实证；“但满而不痛者，此为痞”，即是里虚证。需要说明的是，这里所谓“虚”并非绝对的虚，“实”也非绝对的实，二者是相比较而言的。如太阳中风虽为表虚，但其病机是“营弱卫强”，卫强即卫中邪气盛，邪盛即是实；太阳伤寒虽为表实，但其亦有腠理虚的一面。又如结胸虽为里实证，但其仍有“胃中空虚”的一面；痞证虽为里虚证，但其亦有“胁下有水气”的一面。

明相兼　所谓“相兼”，即是在一个证中除主症之外，还兼有其他症状。如桂枝去芍药汤证，就是表虚兼胸满；大青龙汤证，就是表实兼烦燥。这里要着重强调的是，必须把兼证与主症中某些相似症区别开来，如第35条：“太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘者，麻黄汤主之。”第41条：“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴……小青龙汤主之。”两条中均有喘，但前者之喘为寒邪外束，肺气不宣，乃邪在肺经，喘为表实证中的一个症状；后者之喘为水气停聚，寒饮犯肺，乃邪在肺中，喘为表实证之外的一个兼症。所以前者只需用麻黄汤解表实证，表实解，喘亦随之而愈；后者除用麻桂解表实外，还需加干姜、细辛、半夏、五味温肺祛饮而治喘。

（三）六经辨证与其他辨证的关系

六经辨证与脏腑辨证、八纲辨证都是仲景在全面继承《内经》、《难经》学术思想的基础上，根据前人和自己丰富的临床实践经验创造出来的，它们互相羽翼，共同构成了辨证论治的核心，但同时又各有特点，在内伤杂病与外感热病中分别起着不同的作用。

六经辨法与脏腑辨证　六经辨证是外感热病辨证施治的大法，以阴阳为总纲，重在表里寒热；脏腑辨证是内伤杂病辨证施治的大法，以五脏为总纲，重在虚实阴阳。二者显然是不同的。但二者又有密不可分的关系。从二者的病理基础来看，无论是六经辨证还是脏腑辨证，都是人体脏腑经络病理变化的反映，如六经辨证中的阳明病，实质上就是胃与大肠的病证，只不过详于实热而略于虚寒，详于肠而略于胃而已；六经辨证中的太阴病，实质上就是脾的病证，只不过只论及脾的虚证与寒证，而未谈到实证与热证而已。从人体发病的情况来看，多是外内合邪，或外感引动内伤，或内伤触发外感，如《伤寒论》第18条："喘家作，桂枝加厚朴杏子汤佳。"即是先有肺部疾患，又感受风寒外感与内伤交织在一起。所以《伤寒论》中，每多杂病，如脏结、痞证，甚至太阴病，都可算作杂病；而《金匮》中，又有外感，如痉湿暍病、风水病，均为外感。可见，很难把六经辨证与脏腑辨证截然分开。

六经辨证与八纲辨证　六经辨证中处处贯穿着八纲辨证，没有八纲辨证，就无法对六经病的病位、病性、邪正盛衰作具体分析；八纲辨证是后人在《伤寒论》六经辨证的基础上总结出来的，没有六经辨证，八纲辨证就失去了它赖以生发的基础，二者相辅相成，相得益彰，但二者又毕竟是两个不同的辨证体系，因而又有各自的特点。从其适应证看，六经辨证适用于外感热病，

八纲辨证则适用于一切疾病，虽然柯韵伯说过："原夫仲景之六经，为百病立法，不专于伤寒一科。"[1]现在也有人用六经辨证法治疗眼科病、妇科病，但它毕竟侧重于外感热病。从其病理基础来看，六经辨证基本上是反映其同名经络与其所系脏腑的病理变化，而八纲辨证则不反映具体的脏腑经络，每个脏腑都有虚实寒热的变化，每条经络都有表里阴阳的不同。

参考文献

〔1〕柯韵伯：伤寒来苏集．上海：上海科技出版社，1959

〔2〕尤在泾．伤寒贯珠集．上海：上海科技出版社，1959

方剂辨证法

怎样研究《伤寒论》？陈修园认为："大抵入手工夫，即以伊圣之方为据，有此病即用此方……论中桂枝证、麻黄证、柴胡证、承气证等，以方名证，明明提出大眼目，读者弗悟也。"〔1〕陈氏所谓"大眼目"，很明显，就是贯穿《伤寒论》全书的方剂辨证，它是除六经辨证和八纲辨证之外，《伤寒论》运用得最广泛的一种辨证方法。故《伤寒论》中，除提太阳证、阳明证、表证、表里证之外，往往迳提桂枝证、柴胡证。因此说方剂辨证在《伤寒论》辨证中是占重要地位的，很有研究的必要。笔者试从《伤寒论》方剂辨证的原则、方法、从联系与运动中看方证关系、方剂辨证与六经辨证的关系等几个方面作初步探讨，以就正于海内同道。

（一）方剂辨证的原则

方剂辨证的原则是"有是证而用是方"。诚如柯韵伯所说："仲景之方，因证而设，非因经而设，见此证便与此方，是仲景之活法。"〔2〕也就是说，每个汤方都有相应的证，只要有此证，便可用此汤方，一定能取得满意的疗效。相反，无是证而用是方，或者本为此证却用彼方，则非但无效，有时还会遗患无穷，"桂枝下咽，阳盛则毙；承气入胃，阴盛以亡"，说得有点过分，可也是从临床实践中总结出来的教训。

有是证而用是方，不必拘于日数，也不必拘于误治及用何种方法误治。如《伤寒论》第46条："太阳病，脉浮紧，无汗，发热，身疼痛，八九日不解，表证仍在，此当发其汗……麻黄汤主

之。”外感病虽然已经八九天了，但只要表证存在，就仍可以用麻黄汤发汗。如第149条：“伤寒五六日，呕而发热者，柴胡汤证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤。”原来是柴胡汤证，误下以后，病证仍未发生变化，那么，仍然可以用柴胡汤和解。又如第63条，误汗后出现了“汗出而喘，无大热；”第162条，误下后也出现了“汗出而喘，无大热，”虽然误治的手段不同，但误治后出现了同样的麻杏甘石汤证，就都可以用麻杏甘石汤进行治疗。

临床上往往会看到，有时“有是证而用是方”无效，有时“无是证而用是方”反而有效，这是什么原因呢？笔者认为，临床上之所以“有是证而用是方”无效，其因有三：一是服用量过多。如大青龙汤方后注：“一服汗者，停后服；若复服，汗多亡阳，遂虚，恶风，烦躁，不得眠也。”见大青龙汤证而用大青龙汤，只要汗出就应停止服用；若服之又服，则汗多亡阳，是本当服而过服之害也。二是服用量不足。如十枣汤方后注：“若下后病不除者，明日更服加半钱，得快下利后，糜粥自养。”十枣汤乃峻烈之方，其用药量只能从少到多，逐步增加，如果没增至有效量，尽管方证相符，病亦不除；只有“得快下利”，达到有效量，疾病才会痊愈。三是剂型使用不当。如第105条：“伤寒十三日，过经谵语者，以有热也，当以汤下之；若小便利，大便当硬，而反下利，脉调和者，知医以丸药下之，非其治也。”患者里有实热，用方药攻下为方证相应，但急症宜用汤剂，医生却误用了丸剂，故病邪不去。第385条霍乱寒证用理中丸，仲景于方后自注云：“然不及汤”。可见，方证虽相应，剂型不对，效果也不会很理想。临床上之所以“无是证而用是方”却有效，是因为抓住了实质上的“证”亦即病机。因病机是“证”的高度概括，只有抓住了病机，“证”才是被透彻理解了的整体。如第387条：“吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和

之。”从表面上看，本条无桂枝汤证中的任何一症，似乎不应用桂枝汤，但从实质上看，桂枝汤证的病机是“营弱卫强”，本条“身痛不休”的病机也是“营弱卫强”，故可用桂枝汤治疗。就形式而言，“营弱卫强”这个病机是抽象的，主观的；但因它是从桂枝汤证头痛、发热、汗出、恶风寒、脉浮缓中抽象出来的，它比桂枝汤证的外在表现更客观、更具体地反映了桂枝汤证的本质，桂枝汤证的外在表现可以或多或少，或有或无；但桂枝汤证的病机却是永远不变的。故仲景抓住桂枝汤证“营弱卫强”的病机，治疗杂病中的“常自汗出”，后人也抓住桂枝汤证“营弱卫强”的病机，治疗下利、缩阴、皮肤瘙痒。可见，运用《伤寒论》中的方剂，只要抓住病机，就可以治愈很多病证，并不只限于《伤寒论》所指出的那些有限的病证。故柯韵伯说：“因名立方者，粗工也；据证定方者，中工也；于证中审病机察病情者，良工也。”〔2〕

有是证用是方不是“对症疗法”。“对症疗法”是针对某一单纯的、局部的症状而下药，以解除某个症状为目的，症与治之间的关系是简单的，直接的，所产生的效果也是非常局限的。而方剂辨证的“证”，不是指孤立的、个别的症状，也不是指毫无相涉几个症状的简单凑合，而是指在一定病理作用下互相联系的若干症状的有机组合；方剂辨证的方，其组成也不是杂乱无章的随意堆砌，而是相当严谨慎密的；方剂辨证的目的，是通过方剂的整体作用调节肌体，消除病机，从而达到治疗的目的。

（二）方剂辨证的方法

在《伤寒论》的方剂辨证中，最常用的方法是抓主症、比较法和试探法。

当症状纷杂呈现，无所适从时，要善于抓主症。因为只有主症，才能反映病证的本质，才具有特异性的诊断价值。《伤寒

论》中哪些是主症？欧阳锜认为："《伤寒论》中各证所列举的症状，都是能反映疾病本质变化的症状，一些非本质反映的症状一概不予罗列[3]。"纵观《伤寒论》全书，各方证所列之症状，确实大都是主症，如麻黄汤证之主症，是头痛，发热，无汗，恶寒，身疼，咳喘，脉浮紧；小柴胡汤证之主症，是往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，只要见到这些病证，就可以分别使用麻黄、柴胡等方，取得满意的疗效。但有一点必须强调，那就是只要见一症即可用此方，不必诸症俱全。如小柴胡汤证虽然有四大主症，但论中除第96条以外，其他条文中没有一条是四症俱全的，第37条只有"胸满胁痛"一症，即用了小柴胡汤，所以张仲景说："伤寒中风，有柴胡证，但见一症便是，不必悉具。"这是个非常重要的原则。这个原则不仅适合于柴胡证，也适合于桂枝证；不仅适用于伤寒，也适用于杂病。可惜这个原则并没有为人们所认识，如江苏省中医研究所就认为："必须具备痞、满、燥、实四症，才得使用大承气，缺一便不适合。"〔4〕这种提法有不妥之处。查大承气汤在《伤寒论》中应用的一共有十九条，但没有一条是四症具备的，如第257条："腹满不减。减不足言，当下之，宜大承气汤。"只有"腹满"一症即用大承气汤。笔者在长期的临床实践中，多次运用大承气汤治疗高热和急腹症，也很难碰到一个四症俱全的病人。故所谓"四症"，只是后人根据《伤寒论》运用大承气汤的全部条文中抽象出来的，在临床上，不但四症俱全的承气证不多见，诸症俱全的白虎证、桂枝证、四逆证也不多见，若必待诸症俱全始肯用方，无异于守株待兔，徒劳而无功。

当症状十分相似，难分彼此者，用比较法。《伤寒论》往往把许多极为相似、易于混淆的症状反复比较，求其同中之异。有时甚至把一个方证同多个相似的方证进行横向比较，从不同的侧面揭示这个方证的整体面貌，以提高对方证认识的广度，如大陷胸汤证的鉴别就是如此。第136条："伤寒十余日，热结在里，

复往来寒热者，与大柴胡汤；但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也，但头微汗出者，大陷胸汤主之。”本条通过与大柴胡汤证进行对比，阐述大陷胸汤证的病机为有形之水与热相结。第137条：“太阳病……从心下至少腹硬满而痛不可近者，大陷胸汤主之。”第138条：“小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之。”此两条通过与小陷胸汤证进行对比，确定其病位在“从心下至少腹”。第149条：“若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞也，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤。”本条通过与半夏泻心汤证进行对比，说明其主症是“心下满而硬痛”。不难看出，仲景对大陷胸汤证的认识，是通过与大柴胡汤证、小陷胸汤证、半夏泻心汤证的反复比较中得出的。

当症状不明显证据不足时，用试探法。如第209条：“……若不大便六七日，恐有燥屎，欲知之法，少与小承气汤，汤入腹中，转矢气者，此有燥屎也，乃可攻之。若不转矢气者，此但初头硬，后必溏，不可攻之；攻之必胀满不能食也。”如果临床上出现典型的承气证，毫无疑问应用承气攻下，但现在仅见“不大便六七日”，临床又无其他症状可资佐证，难以骤用大承气汤，因为“不大便”有胃肠实热的可能，也有太阴虚寒的可能，于是，仲景用少量小承气汤以试探虚实：如果汤入腹中转矢气，即为实热证，可用大承气汤攻下；如果不转矢气，即为虚寒证，则不能用大承气汤。需要说明的是，运用试探法能在症状不明显或不典型时准确地把握病情，但使用不当，也会使病情恶化，因此，试探法只有在迫不得已的情况下才运用。

（三）从联系与运动中看方证关系

病证并非都是单纯的、孤立的、静止的，而是由种种联系和相互作用无穷无尽地交织起来的，且随着时间的推移和误治，不

断发生着变化，方剂怎样随之作相应的变化呢？

如果是证与证互相交织的复合证，方与之相应的形式有四，1．证有微甚，则但开一面。如第229条．“阳明病，发潮热，大便溏，小便自可，胸胁满不去者，与小柴胡汤。”本条为少阳阳明合病，阳明里实未甚，少阳之邪尚炽，故只用小柴胡汤和解少阳，则里热自解。2．证有缓急，则治分先后。如第371条：“下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤。”当表里同病，里虚甚，故先里后表。又如第108条：“太阳病不解……当先解其外；外解已，但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤。”当表里同病，表急甚，故先表后里。3．两证均衡，则复方治之。如第146条：“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。”本条为太阳与少阳同病，两证均不太重，故以桂枝与柴胡合为一方，双解太阳少阳之邪。4．证有相兼，则主方加减。如第20条：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之。”本条为太阳病兼少阴阳虚，故以桂枝汤解太阳之表，加附子温少阴之里。这里需要说明的是，《伤寒论》方证之间的对应关系是十分严密而科学的，甚至方中剂量与证都有密切的关系，“中药研究所曾对五苓散之利尿作用进行研究，按仲景方剂量，利尿效果最佳；若各药等量投与，利尿效果则明显减低。”〔5〕可见，按或不按《伤寒论》方中剂量，效果就有显著差异，因此，临床上运用《伤寒论》方剂时，要尊重原方配伍和剂量比例的原则性，如果只强调辨证论治，对《伤寒论》方剂随意加减，是很难取得较好疗效的。

如果证候发生了变化，方与之相应的形式有三：1．主症虽变，病机不变，则方不变。如第25条．“服桂枝汤，大汗出，脉洪大者，与桂枝汤，如前法。”本条既曰“服桂枝汤”，则原来

必是桂枝汤证，只是由于服药不得法，才出现了变证，原来的“微汗出”，变为“大汗出”，原来的“脉浮缓”，变为“脉洪大”，主症显然发生了较大的变化，似乎已由表入里，但病人没有口干的症状，说明邪仍在表，其病机仍为“营弱卫强”，也就是说，证的实质并没有发生改变，故仍用桂枝汤治疗。2．主症变化，病机亦变，则另选它方。如第26条：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之。”本条症状和第25条基本相同，只是“大烦渴不解”，说明邪已入阳明，故由桂枝汤改为白虎加人参汤。3．主症数量增减，本质未变，则依原方加减。如第43条：“太阳病，下之，微喘者，表未解故也，桂枝加厚朴杏子汤主之。”本条原为桂枝汤证，误下之后，桂枝汤证仍在，只是又添了“微喘”，故用桂枝汤原方加厚朴、杏仁。可见，仲景对药物的加减，并不像目前有些医生那样，增一症就加一味药，减一症就减一味药，而是相当灵活的，有时增一症反减一味药，有时减一症反增一味药，有时增加相同的症却加入不同的药。如四逆散证“腹中痛，加附子一枚”，通脉四逆汤证“腹中痛，去葱，加芍药”，理中丸证“腹中痛者，加人参”，其中奥秘，值得我们反复思考。

（四）方剂辨证与六经辨证的关系

六经辨证以经统证，方剂辨证依证遣方，二者共同构成了《伤寒论》完整的辨证论治理论体系。

六经辨证是从方剂辨证中抽象出来的。如太阳病的提纲证“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”是怎么来的？就是从太阳病桂枝汤证、麻黄汤证、大青龙汤证等许许多多个别的和特殊的“汤证”中概括其共同的证候而来的，它反映了这些“汤证”共同的病理机制，因此，六经辨证中的“证”（如太阳证、少阳证、阳明证）比方剂辨证中的“证”（如桂枝汤证、柴胡汤证、

承气汤证）概括性更强，更具有普遍的意义，也就是说，六经辨证较之方剂辨证是层次更高一级的辨证。

六经辨证与方剂辨证各有所适从，各有所侧重，因而也各有不足之处。如六经辨证中的太阳病，有恶寒，发热，头痛，项强，脉浮，仅据这些表现，还不能指导治疗，还必须结合有汗无汗，脉缓脉紧，进一步辨别是桂枝汤证或麻黄汤证，才能准确地运用桂枝汤或麻黄汤进行治疗。由此可见，六经辨证和方剂辨证是相辅相成的，二者只能合流，不能偏废。

遗憾的是，研究《伤寒论》者往往侧重其一面。如“日本笃守古代成方，注意方剂辨证”，并利用现代科学方法对方剂辨证进行了长期的研究。而我国，研究《伤寒论》者只把眼光盯在六经辨证和八纲辨证上，至今还没有一篇论著对方剂辨证作系统的论述。因此，对于我们来说，从现在起应该用传统的和现代的方法对《伤寒论》的方剂辨证作一番认真的研究，使之在中医临床上发挥更大的作用。

参考文献

〔1〕陈修园．伤寒论浅注．江左书林刊本，1889。
〔2〕柯韵伯．伤寒来苏集．上海：上海科技出版社，1959。
〔3〕欧阳锜．中医的理论思维与病证结合．内部资料，1987
〔4〕江苏省中医研究所．伤寒论方解．南京：江苏科技出版社，1959
〔5〕中医研究院西苑医院．岳美中医话集．北京：中医古籍出版社，1984

脉法

伤寒脉法，是《伤寒论》辨证论治体系中十分重要的组成部分，六经各篇均以“辨××病脉证并治”命名，在全书398条原文中，脉证并举的有145条，约占三分之一。这不仅说明了脉法的重要性，也说明了脉证是一个不可分割的整体。为此，笔者拟从《伤寒论》脉法的作用、特点谈一点个人的看法。

（一）脉诊作用

1．据脉察机　最能反映证候本质的是病机，仲景往往通过脉象来揣度证候的病机。如249条：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”浮为阳脉，胃为阳土，胃中邪气盛，故脉亦应之而浮；涩属阴脉，脾为阴土，脾中阴津亏，则脉亦应之而涩，故从脉浮涩揣度此证的病机为胃强脾弱。此外，仲景在305条以“脉滑而厥”，直断其“里有热”；30条以“脉浮而大”，断定其病因为风为虚。

2．审脉度势　伤寒无时无刻不在变化着，掌握变化的趋势，对及早制定治疗方案，控制病情的进一步发展，有不可低估的意义。脉象是疾病本质的外在表现，有时往往通过脉象能预先知道疾病的发展趋势。如4条：“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传；颇欲吐，若躁烦，脉数急者，为传也。”此乃从

脉象是否变化断定病证是否内传；140条：“太阴病下之……脉沉紧者，必欲呕；脉沉滑者，协热利；脉浮滑者，必下血。”此乃从脉象的几种改变，预测病势的不同转归，是上逆，还是下趋；是在气，还是在血。

3．凭脉辨证　脉象最主要的作用是凭之辨别证候的寒热虚实，尤其是当临床症状疑似难辨或症状不明显时，脉象就显得更为重要，如214条，同是“阳明病，谵语，发潮热，”不大便，第一天“脉滑而疾”，断为里实；第二天，“脉反微涩”，则断为“里虚”。又如317条：证见“身反不恶寒，其人面色赤”，似乎是热证，但从“脉微欲绝”，则断其为寒。

4．以脉论治　仲景常直接根据脉象制订出治疗大法。如240条：“病人……日晡所发热者，属阳明也，脉实者，宜下之；脉浮者，宜发汗。”“日晡所发热”，似乎是阳明证，但也不尽然，有太阳表邪仍在，里实未成，也会出现“日晡所发热”，这时就必须兼察脉象。如果“脉实”，说明里实已成，可用下法；如果“脉浮”，说明表邪仍在，里实未成，则仍宜用汗法。在《伤寒论》中，当症状不明显时，仲景往往单凭脉象就决定治疗方法。如323条：“少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤。”52条：“脉浮而数者，可发汗，宜桂枝汤。”

5．察脉知禁　有一些证候，从表面上看可以用某种治法，但实质上却禁用这种治法，只有从脉上才体察得出。如132条：“结胸证，其脉浮大者，不可下；下之则死。”结胸证本来是应该运用攻下法的，但如果“脉浮大”，说明还未完全形成里实，尚有出表之机，下法仍在禁用之列。285条：“脉细沉数，病为在里，不可发汗”，均为直接从脉象上得知禁用“下”、“汗”等法。

6．从脉断后　伤寒病是时刻不停地在变化着，掌握预后对之有着十分重要的意义，而脉象则是了解伤寒预后最主要的方

法。如327条："厥阴中风，脉微浮为欲愈。"厥阴为阴证，浮脉为阳脉，阴证见阳脉，故表示疾病将要痊愈。又如367条："下利后脉绝，手足厥冷，晬时脉还，手足温者生；脉不还者死。"一般来说，新病从脉的大小可以得知病的进退，久病以脉的出否可断人的生死。下利"脉绝"，多为阳亡津竭，脉重新出现者，说明阳复津生，故断其生；脉一直摸不到者，说明阳气阴津完全败绝，故断其死。

（二）脉法特点

仲景脉法，有很多独到之处，归结起来，大致有以下特点：

1．明相兼　仲景脉法有一个很明显的特点，就是单一的脉很少见，大都是两种或两种以上的相兼脉。《伤寒论》共载五十八类脉象，其中单一脉十七类，两种或两种以上的相兼脉则有四十一类；而且，太阳篇是以浮脉为纲的，脉言"缓"者，多为"浮缓"，言"紧"者，实为"浮紧"，这样计算起来，相兼脉就更多了。这是非常符合临床实际的。因为疾病是错综复杂的，反映疾病外在表现的脉象也相应复杂，单一的脉象很难反映疾病的本质。这些相兼脉的主病，多为各单一脉主病的总和。如浮脉主表，紧脉主实，缓脉主虚，故"浮紧脉"为表实，"浮缓脉"为表虚。又如285条："少阴病，脉细沉数，病为在里，不可发汗。"脉沉主里，细主阴虚，数主有热，合而观之，当为里虚热。

2．按三部　仲景针对当时医生"按寸不及尺，握手不及足，人迎趺阳，三部不参"的不良倾向，力主诊脉必须全面。故《伤寒论》中，有诊"额上陷脉"及"趺阳脉"的记载，对寸口脉寸关尺三部尤为重视。如154条："心下痞，按之浮，其脉关上浮者，大黄黄连泻心汤主之。"浮脉应主表，应该用汗法，为什么反用清法呢？这是因为，"病人脉浮在前，其病在表，脉浮在

后，其病在里。”“前”指寸脉，“后”指尺脉与关脉，也就是说，寸脉浮为表证，关脉尺脉浮为里证。本条关脉浮，故主里热。此外，仲景又十分注意三部合参，如50条：“脉浮紧者，法当身疼痛，宜以汗解之；假令尺中迟者，不可发汗，何以知然？以荣气不足，血少故也。”本条寸脉浮紧，本应该用汗法，但尺脉迟，说明荣血不足，所以不能用发汗法，即使要发汗，也只能用补血发汗法，否则，就可能产生不良后果。

3．知相对　《伤寒论》中有一些脉象，并非是指这种脉象的特定概念而言，而是相对于某种脉象而言的。如太阳中风证的“浮缓脉”，并非指脉跳的频率慢，因为从临床实际看来，外感风寒的初期阶段，脉象多数并非迟缓，《伤寒论》57条：“伤寒发汗已解，半日许复烦，脉浮数者，可更发汗，宜桂枝汤”。这里的脉象就是浮数。可见，太阳中风证的浮缓，是相对于太阳伤寒证的浮紧脉而言的，实际的脉象却为浮数。此外，245条“阳脉实”，并非指实脉，而是与“脉阳微”相对而言，实际上仍是浮紧脉。同样，105条“脉调和”，也不是指和缓无病的脉象，而是与“微厥”脉相比较而言，实际则为实脉，否则，仲景就不会用调胃承气汤攻下了。

腹诊法

腹诊是切按胸腹以辨证的方法。人身之疾病，多犯脏腑，而胸腹为脏腑之外廓，故切按胸腹可以诊察疾病。诚如俞根初所说："胸腹为五脏六腑之宫城，阴阳气血之发源，若欲知其脏腑何如，则莫如按胸腹，名曰腹诊。"《内经》中有许多腹诊的记载，为腹诊奠定了理论基础。张仲景继承了《内经》的腹诊法，结合自己的临床实践，创造性地把腹诊发展到一个更高的阶段。

（一）腹诊作用

1.*辨虚实*　腹诊最明显的作用是辨别疾病的虚实。辨别的主要方法有三：一是以是否有痛感辨虚实。《金匮·腹满寒疝宿食病篇》明确指出："腹满按之不痛为虚，痛者为实。"按之痛者，多为有形的宿食或燥屎为患，故为实；不痛者，多为无形的气滞，故为虚。二是以是否拒按辨虚实。一般说来，拒按为实，喜按为虚。如《伤寒论》第137条："太阳病，重发汗而复下之，不大便五六日，舌上燥而渴，日晡所小有潮热，从心下至少腹硬满而痛不可近者，大陷胸汤主之。"第64条："发汗过多，其人叉手自冒心，心下悸欲得按者，桂枝甘草汤主之。"第137条心下"痛不可近"，乃水热互结，为实，故用大陷胸汤泻之；第64条"心下悸欲得按"，乃心阳不足，为虚，故用桂枝甘草汤补之。三是以软硬辨虚实。仲景认为，按之软者为虚，按之硬者为实。如《伤寒论》第154条："心下痞，按之濡，其脉关上浮者，

大黄黄连泻心汤主之。”第135条：“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之。”前者心下“按之濡”，乃无形之气与热结，为虚，故用大黄黄连泻心汤清之；后者心下“按之石硬”，乃有形之水与热结，为实，故用大陷胸汤攻之。

2.察邪气　腹诊可以察明是何种邪气，尤其是淤血与水等有形留邪，大多是通过腹诊来诊察的。如《金匮·惊悸吐衄下血胸满淤血病篇》：“脉微大来迟，腹不满，其人言我满，为有淤血。”若腹满为病人的自我感觉，医生切按其腹部亦有抵抗感，多为气分实热；若腹满仅为病人的自觉症状，医生切按其腹部无抵抗感，多为淤血内阻。又如《金匮·水气病篇》：“皮水其脉亦浮，外证胕肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，不渴。”众所周知，气行较速，水行较迟，按之随手而起者，多为无形之气肿；按之没指起迟者，多为有形之水肿。故陈士铎说：“水肿之病，必须以手按足面如泥者……否则，按之不如泥，随按而皮随起者，非水也。”[1]

3.定病证　在《伤寒论》中，仲景常常通过切按胸腹的不同部位确定六经病证。若切按心下异常，多断为太阳病，更确切地说，断为太阳里证。如“心下痛，按之则硬”的结胸证，“心下痞，按之濡”的痞证，均为太阳病。若切按胁下异常，多判为少阳病，如“胁下痞硬”、“胁下满”、“胁下硬满”，均为少阳病；若切按脐腹异常，多断为阳阴病。如“伤寒吐后腹胀满”之调胃承气汤证，“腹满痛”之大承气汤证，均为阳明病。在《金匮》中，仲景往往通过切按胸腹的不同部位确定脏腑病证。若切按胸部异常，多断为心、肺之病，如“咳而胸满”为肺痈，“胸满胸痛”为心痛。若切按腹部异常，多断为脾、胃之病，如“腹中烦重”为脾中风，“哕而腹满”为胃病。若切按小腹部异常，多断为肾病，如“少腹拘急”即断为虚劳在肾，而用八味肾气丸温补肾阳。

4.判预后　主要是触摸胸部以手感的冷热判断吉凶。如《金匮·杂疗方》："救自缢死……心下若微温者，一日以上犹可治。"凡是自缢而死的病人，如果用手摸其心下尚温者，阳气尚在，可救；心下已冷者，阳气已亡，必死。自缢而死是这样，其他病人亦这样，故吴谦说："此法尝试之，十全八九，始知言果不谬。"[2]

（二）腹诊特点

1.知常变　临床上切按胸腹时痛者为实，人所共知，然亦有痛反为虚者，亦不可不究。如《金匮·腹满寒疝宿食病篇》："心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近，大建中汤主之。"此证不仅腹痛，而且"大痛"，痛得"不可触近"，似应为实，但实际上却是"中虚寒甚，故用大建中汤温中散寒，使胸阳气开而阴寒自散。关于腹痛至手不可近，这是痛近于外的缘故，当与腹满按之痛而属实的加以区别。"[3]此外，喜按为虚，尽人皆知，然亦有喜按反为实者，亦不可不辨。如《金匮·五脏风寒积聚病篇》："肝着，其人常欲蹈其胸上"。肝着，乃肝经血淤气滞所致，当为实证，实证应不喜按，肝着却不仅喜按，而且还想有人用脚踏在胸上为快，这似乎不可思议，而后世确实出现过这样的病例。如王清任治"一女二十三岁，夜卧令仆妇坐于胸方睡，已经两年"，用血府逐淤汤活血化淤，三剂而愈[4]。

2.参症状　腹诊在诊断疾病方面有很大作用，即使现代医学也以腹诊进行辅助性诊断，但单凭腹诊很难正确地认识疾病，因此，仲景往往与症状合参。如《金匮·妇人杂病篇》："妇人少腹满，如敦状，小便微难而不渴，生后者，此水与血俱在血室也，大黄甘遂汤主之。"从切按少腹知有一物"如敦状"，究竟是气？是血？是水？是痰？不得而知。结合病人病起于产育之后，

知为血淤；又有“小便微难”，知为水蓄，故最后仲景断为“此水与血俱结在血室也”，而用大黄甘遂汤攻淤逐水。又如《金匮·呕吐哕下利病篇》：“哕而腹满，视其前后，知何部不利，利之即愈。”病人哕，切其腹胀满，可能是水邪上逆，也可能是实热阻中，究竟是水邪还是实热，还要进一步看病人的大小便，如果病人小便不利，那么，应当是水邪上逆；就要用利水法；如果病人大便不通，那么，肯定是实热阻中，就应当用攻下法。

参考文献

〔1〕陈士铎．石室秘录．长沙：湖南科技出版社，1991

〔2〕吴谦，等．医宗金鉴．北京：人民卫生出版社，1973

〔3〕南京中医学院金匮教研组．金匮要略译释．南京：江苏人民出版社，1959

〔4〕王清任．医林改错．北京：人民卫生出版社，1976

比 较 法

比较法是中医在诊断思维中确定疾病同异关系的一种科学方法。仲景在《伤寒论》诊断病证时，除了用探试法、除外分析法、分析病史法外，比较法是最常用的一种。今就比较法在辨证中的意义和仲景如何正确运用等问题作一初步探讨。

（一）比较法的意义

1．有助于对病证作初步的分类　伤寒六经分证，是在脏腑经络气血生理功能和病理变化的基础上，根据抗病能力的强弱，病势的进退和病位的深浅，经过反复的分析比较而综合归纳出来的不同证候。如风寒在表，可见头项强痛，恶寒，翕翕发热，小便清，脉浮；若化热入里，可见不恶寒但恶热，潮热，小便黄，脉沉。前者称太阳病，后者称阳明病。

2．有助于疾病的鉴别　阴阳是相对的，它们之间并没有绝对的界限，表、实、热也总是同里、虚、寒相比较而存在的。太阳表虚证并非绝对的虚，是对太阳表实证而言。《伤寒论》第386条："霍乱，头痛，发热，身疼痛，热多欲饮水者，五苓散主之；寒多不用水者，理中丸主之。"五苓散证的"热多"，是对理中丸证的"寒多"而言的，其实质仍为寒。经过这样比较，就容易鉴别了。

3．有助于对病因的认识　不同症状可以出于不同的原因，相同的症状也可能由不同的原因引起，只有通过比较，才能正确认识，从而针对不同的原因采取不同的治疗措施。如12条与68条

都有"恶寒"的症状，但前者与"翕翕发热"并见，后者未言发热；前者脉"阳浮而阴弱"，后者脉"阴阳俱弱"，这样一比较，就可断定前者恶寒乃风寒束表，后者恶寒乃阳气虚弱。又如240条，同是"日晡所潮热"，但前者"脉实"，后者"脉浮虚"，故不难判断其病邪一在里而一在表。如果不加比较分析，见恶寒便认定是表证而妄施汗法，见潮热便认定是里证而轻用攻下，没有不失败的。

（二）比较法的运用

1．去粗取精　在《伤寒论》的辨证中，仲景最善于从纷纭复杂的症状中撇开那些次要的、非典型的症状，有目的有重点地选取其中最主要最典型的症状通过比较来进行鉴别，所以《伤寒论》大部分条文都比较简要。如394条。"伤寒差以后更发热，小柴胡汤主之；脉浮者，以汗解之；脉沉者，以下解之。"这里仅以脉作为鉴别要点；73条："伤寒，汗出而渴者，五苓散主之；不渴者，茯苓甘草汤主之。"这里仅以一个症状作为鉴别要点。我们不难设想，五苓散证决非只见"汗出而渴"之症，可能还有发热、恶寒、小便不利、脉浮等；茯苓甘草汤证也决非只有"不渴"一症，可能还会有呕吐、胸闷、心悸、脉缓等；而且这些症状也不是不重要，仲景之所以仅取"渴"与"不渴"，就是因为仅凭这一点已足以鉴别二者，若把所有的主症都罗列上去，反成蛇足。所以，取精的"精"，其涵义是要点、特点，亦即此证独有、它证所无的脉症。如有人提出"恶风"与"恶寒"可作为中风与伤寒的鉴别要点，笔者认为不妥，因为"恶风"与"恶寒"虽是中风与伤寒的主症，但不是二者的特点，因中风也可能"恶寒"（如12条），伤寒也可能"恶风"（如35条），二者容易混淆。

2．去伪存真

（1）比较病人的喜恶以定真假。病人的自我感觉，往往体现了病证的本质，所以，《伤寒论》以病人自己喜好的为真，厌恶的为假。如11条："病人身大热，反欲得衣者，热在皮肤，寒在骨髓也；身大寒，反不欲近衣者，寒在皮肤，热在骨髓也。"病人虽身热如炙，但欲重被厚衣者，乃真寒假热；病人虽身冷如冰，反欲赤身裸体者，乃真热假寒。

（2）比较病证的内外以定真假。一般来说，假象易显易露，真情易隐易藏，所以，显于外者，多为假象；隐于内者，多属真情。如317条："少阴病，下利清谷，里寒外热，手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤……。"病人"身反不恶寒"、"面色赤"似乎是阳证，而"下利清谷"、"脉微欲绝"又确为阴证，前者显于外，后者隐于内，显于外者为假，隐于内者为真，故本证为阴盛于内、阳浮于外的真寒假热证。

（3）比较病势的暴微以定真假。如315条："少阴病……利不止，厥逆无脉，干呕，烦者，白通加猪胆汁汤主之；服汤脉暴出者死，微续者生。"病至少阴，尤其是阴盛格阳证，其正气必然极度虚弱，即使用白通加猪胆汁汤，正气也不可能马上恢复，而有一个比较缓慢的渐变过程。这时，如果脉象缓缓接续，说明正气正在恢复，属真情；如果脉象由欲绝而一下子跳动剧烈，为濒绝之阳的回光返照，属假象。

3．由表及里　即纵向比较法。《伤寒论》往往通过对同一病证自外而内的层层分析和比较，来揭示病证的内在实质，使用这种方法，可以克服表面性，提高对病证认识的深度。如对大承气汤证的辨证：首先比较其热"潮"还是"其热不潮"，辨其病位在表在里；知其在里，又比较其"大便溏"还是"大便硬"，辨其病情属里虚，还是里实；知其大便硬，还比较其因是"亡津液，胃中干燥"，还是胃中"本有宿食"，辨其病性为里虚热还是里实热；然后才决定是否用大承气汤苦寒攻下。而且，即使已

决定使用大承气汤，还要比较服药后下利与否，辨其邪气的存留，从而“得下，余勿服”，还是更下之……层层剖析，步步深入，越辨越细，愈鉴愈明。

4．由此及彼　即横向比较法。是把一个病证分别同几个不同的病证进行比较，从不同的侧面揭示病证的全部面目，以提高对病证认识的广度。以大陷胸汤证来说：“病发于阳，而反下之，热入因作结胸；病发于阴，而反下之，因作痞也”（131条），通过与痞病的比较，说明其病因为误下后阳邪内陷。“伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤；但结胸，无大热者，此为水结在胸胁也；但头微汗出者，大陷胸汤主之”（136条），通过与大柴胡汤证的比较，阐明其病机为有形之水与邪热相结。“从心下至少腹硬满而痛不可近者，大陷胸汤主之”；“正在心下，按之则痛，脉浮滑者，小陷胸汤主之”（137、138条），通过与小结胸病的比较，确定其病位在从心下至少腹；“若心下满而硬痛者，此为结胸也，大陷胸汤主之；但满而不痛者，此为痞，柴胡不中与之，宜半夏泻心汤”（149条），通过与半夏泻心汤证的比较，论述其症状为“心下满而硬痛”。“寸脉浮，关脉沉，名曰结胸”，“寸脉浮，关脉小细沉紧，名曰脏结”（128、129条），通过与脏结比较，描绘出其脉象为寸浮关沉。不难看出，通过与痞、大柴胡汤证、小结胸病、半夏泻心汤证以及脏结的全面比较，把大陷胸汤证的病因、病机、病位、症状、脉象等都阐发无遗了。

设想悬拟法

徐灵胎说："读《伤寒论》者，知此书皆'设想悬拟'之书，则无往不得其义矣。"[1]关于"设想悬拟"这个问题，前人语焉不详，很有必要探讨一下。

（一）设想悬拟的意义

伤寒，是外感热病的总称，"变化万端，传经无定"，今天初露端倪，明天可能就会势若燎原；现在还在太阳，说不定马上又传入少阳，如果不善于"设想悬拟"，不善于从运动中把握变化，估计发展趋势，搞清各种可能性，就不能适应伤寒瞬息多变的病情，其治疗无疑是刻舟求剑，缘木求鱼。

而且，有时伤寒的症状并不是同时发生，而是依次先后出现的。如太阳病可见"或已发热，或未发热"，阳明病可见"腹微满，初头硬，后必溏"。如果一见"未发热"便认为是阴证而遽用补法，不设想过一个时刻还会发热；一见"初头硬"便认为是实证而妄施攻下，不设想紧接着就会出现"后必溏"，虚其虚而实其实，没有不犯错误的。若能对伤寒的全过程有个"设想悬拟"，就不会被开始见到的片断所囿，而作出正确的诊断和治疗。

更重要的是，疾病的发展一般总是由浅入深、由轻而重、由单纯到复杂，如果在萌芽阶段或潜伏期设想悬拟，陈雄师拒寇仇于大门之外；或预见其发展趋势，设伏兵截邪气于要道之上，就能有效地阻断病邪的深入，避免造成复杂严重的局面。

（二）设想悬拟的方法

《伤寒论》的设想悬拟是建立在对外感热病发展变化规律深刻认识基础之上的。伤寒的发展变化，无非表里出入、虚实转化和寒热互变这三种形式。摸清了这个规律以后，再根据引起发展变化的条件——时间、体质、病史和信号——就能作出正确的设想悬拟。

现代生物钟的研究表明，人体的生理和病理随着时日的推移、昼夜的交替而呈节律性的变化。因此，根据时间就能测度阴阳的消长与平衡，“对外感急性病，可以掌握它的欲解向愈、转化和传变的时刻”[2]。《伤寒论》很多条文都提到了时间因素，而且往往只是根据时间预见病情的发展。如“病有得之一日，不发热而恶寒者”，“二日自止”，此乃从天数悬拟疾病的转归；“太阳病欲解时，从巳至未上”，此乃从时辰推断疾病的预后。岳美中先生曾讲过自己经治的一个病案：“在三十年代，于乡村曾诊治一吴姓青年，患肺病”，“其脉尤数疾无伦次，且手未及脉，则指上有似火上燎之感觉，我把这种脉呼为‘攒尖’，痨瘵病末期多有之，是距危候不远之朕兆，即告其亲友，患者约在春分之日死去”，并“断为早晨六时左右逝世”，“后果应余言，时日未爽。”岳美中又“曾治一唐山市李姓工人，年十三余岁，亦患痨瘵症”，“说难以度过秋分一日的夜酉时……后果应余言”[2]。看来，《伤寒论》根据时间设想伤寒的发展和预后是非常可信的。

体质的阴阳虚实是疾病发生和变化的决定性因素。因此，仲景常常根据体质设想伤寒的发生与变化。如素体肌腠疏松，伤寒初期一般会出现“汗出、脉缓”的中风症；素体腠理致密，伤寒初期一般会出现“无汗、脉紧”的伤寒症。素来心肾阳虚，伤寒后期可见“脉微细、但欲寐”；素来心肾阴虚，伤寒后期可见“心

中烦，不得卧”。阳盛之体，火劫发汗血上溢则“欲衄”；阴虚之质，火劫发汗津下夺必“小便难”（第111条），都是根据体质悬拟的，和临床实际情况相吻合。

过去的病史，在很大程度上影响着现在疾病的发展，因此，仲景常根据患者的病史设想伤寒的发生与变化。如其人“心下有水气”，即素有痰饮，一发病即可见“干呕、发热而咳”的小青龙汤证；素有淋病之人，“发汗必便血”；素有贫血史的人，“发汗必寒栗而振”；久患疮疡之体，“汗出则痉”。如果忽略了过去的病史，就不能了解现在的病变，更不能设想将来疾病的发展趋势。

伤寒似乎变幻莫测，但只要留心观察，就不难发现，毫无朕兆的病证是不多见的，总有或多或少的前驱症——信号出现。因此，仲景常根据信号设想伤寒的转归。如358条据“转气下趋少腹”，推断其“欲自利”；第65条据“脐下悸”，设想其“欲作奔豚”又如第248条：“太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也，调胃承气汤主之。”“蒸蒸发热”，既不似太阳之“翕翕发热”，又不似阳明之“潮热”，说明已离太阳之表，尚未全入阳明之里，而行进在从太阳至阳明之间的通路上。大多数注家把“蒸蒸发热”看作阳明病的一个特点，是不十分恰当的。确切地说，它只是病邪由太阳将要进入阳明之里的一个信号。因此，《伤寒论》未用大承气汤之峻下法泻里之实热，只用调胃承气汤和胃缓下，以截断进入阳明的通路。

（三）“设想悬拟”的灵活性

伤寒的发展虽则有规律，但是在病情演变过程中，往往有各种因素参加进来，从而改变其进程，发生症状与设想不一致甚至截然相反的情况，这时，必须根据现有的症状随时修改原来的设想和治疗方案，此即《伤寒论》所说的“观其脉证，知犯何逆，

随证治之”。如第159条，仲景就根据病情，前后作了五种设想，改变了五次治疗方案，试用了下、和、温、涩、利五种治法。

其次，疾病的发展不是单一的，而是极其复杂的，它可以影响到机体的多个部位。因此，《伤寒论》充分设想到整体联系中存在着的多种不同的可能性。同一整体病变，可以牵涉到不同的部位，出现不同的发展趋势，如少阴阳虚水泛证，除了出现“腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利”的主症外，还会发生“或咳、或小便利、或下利、或呕”等多种可能性。同一局部病变，处于不同的整体联系中，也可能出现各种不同的症状，如同样是中焦病变，在太阳为“干呕”，为“痞”；在阳明为“渴欲饮水数升”，为“能食”；在太阴为“腹满而吐，食不下”，“时腹自痛”，对于这些可能性，必须一一想到。

此外，在设想时要注意疾病的假象，否则会导致不堪设想的后果。如第390条，本来下利甚剧，突然“吐下已断”，如果仅仅根据表面现象，很容易设想到疾病已经好转，但仔细察其内部脉“微欲绝”，就可知这是阴液将竭、无物可吐、无物可下的危候。伤寒后期，往往出现“反能食”、“身反不恶寒”、“面色赤”等疾病似乎由阴转阳的假象，这时，必须抓住本质，如沉取的脉象及病人的内在反应，才能作出正确的设想。

参考文献

〔1〕徐灵胎．医学源流论．北京：人民卫生出版社，1957

〔2〕中医研究院西苑医院．岳美中医话集．北京：中医古籍出版社，1984

调　气　法

调气法是中医学最重要的治疗法则之一。《素问·举痛论》曰："余知百病生于气也。"古人认为疾病的发生，总由气机失调，因而提出了"调其气，使其平也"的调气法则。仲景勤求古训，博采众论，灵活地把调气法运用于《伤寒论》中，创造性地提出了化气利水、破气攻下、通气化饮、行气活血、宽气清热、降气止逆、理气补心、宣气祛痰、疏气解郁、补气消痞等调气十法，极大地发展和丰富了《内经》调气法，一直指导着中医的临床实践。

（一）调气十法

1.化气利水法　适用于膀胱蓄水证。如《伤寒论》第71条："太阳病，发汗后，大汗出……若脉浮，小便不利，微热消渴者，五苓散主之。"太阳病发汗，本为正确的治法，但汗不如法，外邪循经入里，膀胱气化不利，致水邪留蓄，当治之以五苓散。方中二苓、泽泻渗湿利水，白术健脾利湿，尤妙在桂枝一味，既能解表，又能通阳化气。《素问·灵兰秘典论》曰："膀胱者，州都之官，津液藏焉，气化则能出矣。"小便不利多责之膀胱气化不行，化其气则小便自利。后人不解此义，往往用四苓而去桂，其利水之效果则大大减弱。

2.破气攻下法　适用于胃肠实热证。如《伤寒论》第208条：

“阳明病，脉迟，虽汗出不恶寒者，其身必重，短气，腹满而喘，有潮热者，此外欲解，可攻里也，手足濈然汗出者，此大便已硬也，大承气汤主之。”阳明病出现腹满、潮热濈然汗出、大便硬，为胃肠实热内结，当用大承气汤攻下。为什么方名“承气”？柯韵伯说：“诸病皆因于气，秽物之不去，由于气之不顺也。故攻积之剂，必用气分之药，固以承气名汤。方名大小者，有二义焉：厚朴倍大黄，是气药为君，名大承气；大黄倍厚朴，是气药为臣，名小承气。”[1] 可见，承气之攻下作用并不完全在于用了硝黄等泻下之品，而是在于重用了破气的枳实和厚朴，而且，破气药在方中占的比例越大，其攻下的作用也越峻烈；反之，攻下的作用就越缓和。

3.通气化饮法　适用于中虚饮停之证。如《伤寒论》第67条：“伤寒，若吐，若下后，心下逆满，气上冲胸，起则头眩，脉沉紧；发汗则动经，身为振振摇者。茯苓桂枝白术甘草汤主之。”伤寒当用汗法，反误施吐、下，损伤脾阳，饮邪停留，治宜苓桂术甘汤。方中茯苓淡渗利水，白术健脾，甘草和中，关键在于用桂枝温阳化气。以饮为阴邪，易于阻碍气机，故祛饮剂中，常配伍温阳化气之品，气化则饮易除，此即仲景“病痰饮者，当以温药和之”之义。类似的方还有茯苓甘草汤。二方虽均以桂枝通阳，但苓桂术甘汤中苓、桂伍以白术，以补为用，化脾中之饮；茯苓甘草汤中苓、桂伍以生姜，以通为用，化胃中之饮。

4.行气活血法　适用于淤血证。如《伤寒论》第106条：“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈……但少腹急结者，乃可攻之，宜桃核承气汤。”太阳病不解，在表之邪随经深入下焦，与血结于少腹，形成少腹急痛、神志错乱之证，应治以桃核承气汤。方中桃仁活血，硝、黄攻下，甘草和中，桂枝之作用，在于温通行气，以气为血帅，气行则血行，气止则血止，气有一息之不运，则血有一息之不行，故体内之所以有淤，大多

是由于气机阻滞，须于方中加桂枝以行气，方能使淤血得去，新血得生。临床实践也证明了单用活血祛淤法效果往往不理想，若在活血方中加行气之品，常能收到预想不到的效果。如血府逐淤汤中之柴胡、枳壳，丹参饮中之檀香、砂仁，均作行气之用。

5.宽气清热法　适应于郁热证。如《伤寒论》第392条：“大病差后，劳复者，枳实栀子豉汤主之”。汪苓友说：“劳复证，以劳则气上，热气浮越于胸中也，故用枳实为君以宽中下气，栀子为臣以除虚烦，香豉为佐以解劳热。”用清浆水者，以“其性凉善走，能调中宣气”[2]。若风寒自外入，用辛温解表之品，不难一汗而愈；若郁热自内生，在清热方中须佐调气之品，方可驱邪外出。

6.降气止逆法　适用于胃虚气逆之证。如《伤寒论》第161条：“伤寒发汗，若吐，若下，解后，心下痞硬，噫气不除者，旋覆代赭汤主之。”伤寒经治疗后，表证虽解，脾胃却伤，以致心下痞硬而噫气，宜用旋覆代赭汤治疗，方中以旋覆、代赭降逆下气，生姜、半夏化痰，甘草、大枣和中，值得注意的是方中的人参，性善补气，具升提之力，似与降逆之势相反，笔者初临床时亦嫌人参升气，弃之不用，结果病人服药后噫气更剧，以后才知此方之妙，正在人参，因本证气逆为标，胃虚为本，用人参者，以其可以补气固本，且以其升提之性防旋覆、代赭降气太过也。故胃虚或虚实夹杂之气逆证，在大队降气药中，必佐人参方效。

7.理气补心法　适用于心虚证。如《伤寒论》第177条：“伤寒，脉结代，心动悸，炙甘草汤主之。”炙甘草汤中以炙甘草益气，人参、大枣、生地、麦冬、阿胶、麻仁滋阴，但滋补之品易滞气，补后往往气阻腹胀，病者不易受纳；且大队滋补药中，若不伍以调气之品，气血亦无生化之机，加温理气机之桂枝推之行之而激荡之，方能催动血行，使结代之脉去，动悸之证止。正如蒲辅周先生所说：“补并非开几味补气补血的药就行了，必须

注意使气机通调，血行流畅……中医的滋补方，大都补中有通。”[3]后世归脾汤之用木香，补中益气汤之有陈皮，正取其补中有通，补而不滞之义。

8.宣气祛痰法　适用于痰浊凝聚证。如《伤寒论》第313条："太阳病，咽中痛，半夏散及汤主之。”本证属痰浊阴邪凝结于咽嗌之间，既不得出，复不得入，若用一般治风痰的凉药治疗，则病益甚，必用半夏散及汤温通之。方中半夏祛痰，桂枝辛温宣散，疏理气机。治痰为什么要理气呢？庞安时说："人身无倒上之痰，天下无逆流之水，故善治痰者，不治痰而治气，气顺则一身之津液亦顺矣。”[4]《金匮要略》半夏厚朴汤亦为治疗痰浊凝聚咽嗌的理气祛痰之方，但半夏散及汤证乃风寒袭于外，故半夏佐桂枝以宣气，使风痰从外解；半夏厚朴汤证乃七情动于中，故半夏佐厚朴之降气，使郁痰从内消。

9.疏气解郁法　适用于阳气内郁之证。如《伤寒论》第318条："少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者，四逆散主之。”四逆散中柴胡主升而疏其肝，枳实主降而和其胃，一升一降，则气机和畅，郁阳透达，诸症自愈。不过，使用疏气解郁法应注意两点：（1）肝脏以血为体，以气为用，单用疏气药易伤血耗阴，反使气滞更为加剧，因此，每在疏气方中佐以芍药护肝阴。（2）理气药大多辛香而燥，有耗气的流弊，剂量不宜过重。《伤寒论》方药剂量动辄以两计，本方药量仅"各十分”，且以"白饮和服方寸匕”，份量极轻，从此细微之处，可窥见仲景用药之苦心。

10.补气消痞法　适用于中虚痞满之证。如《伤寒论》158条："伤寒中风，医反下之，其人下利日数十行，谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬而满，干呕，心烦不得安。医见心下痞，谓病不尽，复下之，其痞益甚，此非结热，但以胃中虚，客气上逆，故使硬也，甘草泻心汤主之。”本条虽见症多端，但总不外寒热中阻，气机

痞塞；而气机痞塞，又是由于“胃中虚”所致，故主要用人参、大枣以助炙甘草补益脾胃之气，气盛则斡旋有力，则痞证自愈。论中半夏泻心汤、生姜泻心汤均取此义。可知消痞之方，得补气之力，其用始神也。

（二）几点体会

1.调气乃治本之法。仲景认为，伤寒的发生发展，不仅由于外受风寒，而且也因为内有留邪，如“心下有水气”、“胃中有燥屎”、“本有久淤血”、“内有久寒”、“淤热在里”，而留邪的产生，则由于气机不调。也就是说，血淤、痰结、食积、热蕴、寒凝者，病之标也；气机不调者，病之本也。诚如《景岳全书》引俗语所云：“见痰休治痰，见血休治血，无汗不发汗，有热莫攻热，喘生休耗气，精遗不涩泄，明得个中趣，方是医中杰，行医不识气，治病从何据？堪笑道中人，未到知音处。”亦即痰、血、汗、热、喘、遗，均为气机不调；调气者，治病之本也。

2.调气法的方剂多为相反相成的配伍。仲景十分注意把性味、功能、趋向完全对立的药物组合在一起，使之互相制约，并行不悖。如降气法中，旋覆与人参一升一降；疏气法中，柴胡与芍药一散一收；理气法中，炙甘草与桂枝一补一通。这样的配伍方法，既符合证候中存在着互相对立的症状的病情，又抑制了药物可能产生的副作用，其性虽相反，其用却相成。但必须注意的是，升和降、散和收、补与通在方中决不能平分秋色，必须根据气机的逆向而有所侧重，如旋覆代赭汤证的病机是气逆而不降，仲景在旋覆、代赭、半夏、生姜大队降气药中只伍一味人参升气；炙甘草汤证的病机是心阴心阳俱虚，故仲景在炙甘草汤中用了大量补药，其中重用生地达一斤，大枣达三十枚，而理气的桂枝只用了三两，其量不足补药剂量的二十分之一。如果方中人参桂枝与降气或补益药等量齐观，其结果将会适得其反。

3.调气法中的药物作用多与病证的气机逆向。百病的产生虽总由气机不调，但由于气机有上逆内陷、淤阻痞塞之不同，故调气之药也须与之逆向而不同：如气机上逆者，用旋覆以降之；气机内陷者，宜柴胡以升之；气机阻甚者，以枳实以破之；气机不运者，以人参以补之。而且，尽管在许多方中都用了桂枝，但根据各方证病机的不同，仲景运用桂枝调气的作用也不相同。如半夏散及汤中用桂枝，是取其宣上焦咽、嗌之气；苓桂术甘汤中用桂枝，是取其温中焦脾胃之气；五苓散中用桂枝，是取其化下焦膀胱之气。

参考文献

〔1〕柯韵伯．伤寒来苏集．上海：上海科技出版社，1978
〔2〕汪琥．伤寒论辨证广注．上海：上海科技出版社，1965
〔3〕中医研究院．蒲辅周医疗经验．北京：人民卫生出版社，1976
〔4〕庞安时．伤寒总病论．北京：人民卫生出版社，1989

扶正祛邪法

扶正祛邪之法，是祖国医学最基本的治疗法则，在指导临床实践上有非常重要的意义。张仲景在《伤寒杂论病》中，对扶正祛邪法运用得十分广泛，兹不揣浅陋，对此作如下初步的探讨，以就正于海内同道。

（一）扶　正

1.扶阳　伤寒易伤阳，故仲景之方，大都为扶阳而设。上焦阳虚，可见“其人叉手自冒心，心下悸欲得按”，用桂枝甘草汤温补心阳；中焦阳虚，可见“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”，用理中丸温中健脾；下焦阳虚，可见“腰痛，少腹拘急，小便不利”，用八味肾气丸温肾扶阳。

2.滋阴　伤寒易伤阳，亦能伤阴。因为伤阳与伤阴，外因固然重要，但决定性的因素却是人体本身阴阳的盛衰。阳虚之体，受温亦可伤阳；阴虚之质，感寒亦可伤阴。若阴虚而见“悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥”，用小建中汤滋脾阴；若阴虚而见“虚烦不得眠”，用酸枣仁汤滋肝阴；若百合病吐后伤阴，则用百合鸡子黄汤补心阴。

3.补血　“男子面色薄者，主渴及亡血”，宜补其血。若见“脉结代，心动悸”，用炙甘草汤补血复脉。而血虚之证，并非男子独有，妇人尤甚。妇人半产漏下，妊娠下血，用胶艾汤补血止漏；“妇人怀妊，腹中绞痛”，则用当归芍药散补血止痛。

4.益气　病人素来“胃气弱”，或病后“虚羸少气”，宜益

其气。若"涎唾多，心中温温液液"，用甘草汤补肺胃；若"胃反呕吐"，用大半夏汤扶胃气；若"虚劳里急，诸不足"，则用黄芪建中汤建中气。

扶阳、滋阴、补血、益气等扶正措施，目的在于保持人体气血旺盛，阴平阳秘，使五脏元真通畅，人即安和。因此具体应用时，必须全面考虑，不能偏废。故张仲景在临证中处处注意以下几点：

一是养胃气。胃为为后天之本，"人有胃气则生，无胃气则死"，仲景扶正，首先注意扶助胃气。炙甘草为补胃的主药，《伤寒论》所载112方中，就有69方用了炙甘草。书中除了用竹叶石膏汤、麦门冬汤养胃阴，半夏干姜散、附子粳米汤温胃阳以外，还采取很多辅助疗法以养胃。如半夏麻黄丸"炼蜜和丸"，预护胃阴；桂枝汤"啜热稀粥"，以助胃津；大承气汤"急下"热结，以存胃阴；十枣汤"得快利后，糜粥自养"，以复胃津；瓜蒂散"得快利，乃止"，恐伤胃阴；乌梅丸"禁生冷滑臭"，恐碍胃阳……。总之，通过直接的和间接的、药物的和食物的、预防的和调理的多种措施，以达到扶助胃气的目的。

二是调阴阳。阴亏宜滋阴，阳虚宜扶阳，若阴亏补阳，反能耗阴，阳虚滋阴，反遏阳气。故仲景十分注意察色按脉，先别阴阳，然后精心调治。如《金匮·血痹虚劳病篇》说："脉大为劳，极虚亦为劳"。同为虚劳，脉大乃烦劳伤气，真气泄越，宜补阳气；极虚乃情欲致损，精血下夺，宜滋阴血。

仲景对扶阳与滋阴的运用是有规律的：补阴之剂常伍以扶阳之品，扶阳之方又常配以滋阴之药。如补肾阳的八味丸却伍以地黄、山萸滋阴；益阴血的胶艾汤却又配艾叶生阳。

仲景对扶阳与滋阴的运用又是灵活的：扶阳之方，稍加变动，转为益阴之用；益阴之剂，略微更易，又具扶阳之力。如桂枝汤加附子为扶阳而设，桂枝汤加饴糖倍芍药（即小建中汤），却又

能补阴，治阴虚的“手足烦热、咽干口燥”；芍药甘草汤本为滋阴而设，若加附子（即芍药甘草附子汤）却又能扶阳，治阳虚之“恶寒”。

时病易损阴伤阳，杂病易夺气耗血，所以《伤寒论》着重补阴扶阳，多用附子、粳米；《金匮要略》着重益气补血，常用黄芪、当归。

三是理脏腑。脏者，藏精气而不泻；腑者，传化物而不藏。故脏以守为用，腑以通为补。仲景补脾，用干姜配白术之甘守（理中汤）；补胃，用干姜伍半夏之辛通（半夏干姜散）。

同为五脏，因其生理功能不同，所用的药物亦不同：补心阳用干姜，补肾阳则用附子；补心阴用百合，补脾阴用饴糖，补肾阴则用地黄。

（二）祛　　邪

1.散风寒　风寒二气，常相因为患，其侵袭肌表，郁遏卫阳，可见“恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧”，用麻黄汤发散风寒。

2.清暑　暑为阳邪，见于夏令，其伤人多见“汗出恶寒，身热而渴”，用白虎加人参汤以清之；暑与湿合，则为暑湿，其伤人多见“身热疼重，而脉微弱”，仲景治之以一物瓜蒂汤，似与证不合，一则其“脉微弱”，不可施以吐法，二则暑湿乃无形之邪，涌吐为有形而设。后世治之以香薷饮，倒有一定的临床价值。

3.祛湿　湿与风合，则为风湿，风湿犯于肌表，可见“身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩”，用桂枝附子汤祛风胜湿；湿与火合，则为湿热，湿热入于肌肤，可见发热，“身黄”，用麻黄连轺赤小豆汤发散湿热。

4.泻火　火热伤于上，迫血妄行，可见吐血衄血，用《金匮》

泻心汤泻火止血；火热伤于下，迫热下行，可见“热利下重”，用白头翁汤清热止利。

5. 逐淤　“病人胸满，唇痿，舌青，口燥，但欲漱水，不欲咽”，为淤血阻滞。若见“脉微而沉，反不结胸，其人发狂”，用抵当汤逐淤通络；若见“暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥”，用温经汤温经活血。

6. 消食　“烦不解，腹满痛”，“寸口脉浮而大，按之反涩，尺中亦微而涩”，为宿食壅结。若“宿食在上脘”，则“心下满而烦，饥不能食”、“温温欲吐”，“当吐之，宜瓜蒂散”；若宿食在下脘，则“大便硬”，“当下之，宜大承气汤。”

7. 利水　“目下有卧蚕，面目鲜泽”，为有水邪。若“恶风，一身悉肿，脉浮不渴，续自汗出，无大热”，用越婢汤发散水气；若腰腿水肿，用牡蛎泽泻散泻水逐邪。

8. 驱虫　“腹中痛，其脉当沉，若弦，反洪大”，为有蛔虫。若“吐涎，心痛，发作有时，毒药不止”，可用甘草粉蜜汤驱虫止涎；若“心胸中大寒痛，呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起出见有头足，上下痛而不可触近”，用大建中汤驱虫补中；若“其人常自吐蛔”，“静而复时烦”“得食而呕”“蛔厥者”，用乌梅丸驱虫止厥。

9. 排脓　“热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓”，“以手掩肿上，热者有脓，不热者无脓”。若“咳而胸满振寒，脉数，咽干，不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者，为肺痈，桔梗汤主之”；“其身甲错，腹皮急，按之濡，如肿状，腹无积聚，身无热，脉数，此为肠内有痈脓，薏苡附子败酱散主之”。

10. 化痰饮　尤在泾说：“谷入于胃而不能散其精，则化而为痰；水入于脾而不能输其气，则凝而为饮。”[1]治痰之法：热痰宜小陷胸汤清之，寒痰宜射干麻黄汤温之，郁痰宜半夏厚朴汤疏之，浊痰宜皂荚丸逐之。治饮之法：痰饮者苓桂术甘汤和

之，悬饮者十枣汤泻之，支饮者木防己汤利之，溢饮者大小青龙汤以发之。

11.解疫疠　风、寒、暑、湿、火，外邪也；淤血、宿食、水、脓、蛔虫、痰饮，留邪也。疫疠则既非外邪，亦非留邪，乃“天地间别有一种异气所感”。[2]仲景在《金匮要略》中主要谈了“秽毒”与“阴阳毒”。若“秽毒”袭人，则发“中恶”，而见“心痛，腹胀，大便不通”，用走马汤泻之；若“阴阳毒”中人，在阴盛之体，可见“面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，唾脓血”，在阴盛之体，可见“面目青，身痛如被杖，咽喉痛”，均须急用升麻鳖甲汤速解其毒。

张仲景对于祛邪是十分重视的，除了上述内治十一法外，还有针灸膏摩、导引吐纳、蓄鼻洗浴、坐药蜜导等多种外治之法。因人的体质各不相同，感邪受病的情况千差万别，故仲景在运用上述祛邪之法时，特别注意以下几点：

一是察异同。不同的邪气，具有不同的特点，侵犯人体后可形成不同的症状，须用不同的治疗方法；相同的症状，也可由不同的邪气以造成，也须用不同的治疗方法。如“风令脉浮，寒令脉急，雾伤皮腠，湿流关节”，水入则肿，虫作则痛；而同为腹痛，也有因寒、因食、因淤、因虫等的不同原因，因此，必须根据具体病情，或散风寒，或利湿邪，或消淤血，或驱蛔虫。

同一种邪气，由于所在的部位有上下，时间有新久，祛邪的方法亦不同。如同为水邪致肿，“腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈”。同为淤血所致的“如狂”，若淤血初结，用桃核承气汤活血化淤；若淤血久结，则用抵当汤破血逐淤。

二是看时机。汗不宜迟。迟则在表之邪循表入里，波及在里的脏腑，造成疾病的复杂化。故仲景在《金匮要略》的第一章就明确指出：“不令邪风干忤经络，适中经络，未流传脏腑，即医治之”，这种不失时机、早期治疗的思想确实是难能可贵的。

下不宜早。过早地运用攻下，就会造成坏病，如《伤寒论》所说："所以成结胸者，以下之太早故也"。故仲景强调指出："须下者，过经乃可下之；下之若早，语言必乱"。但仲景为什么又在阳明篇和少阴篇都提出了"三急下"呢？这是因为前者乃邪未入里，或未完全入里，若下之过早就有使外邪内陷，无异于引狼入室；后者乃邪已入里，若不急下就会灼伤阴津，造成阴液枯竭的后果，无异于养痈遗患。故或迟或早，都应根据病情的发展，伺机而动。

三是把握分寸。祛邪不可不及。祛邪不及则邪气不服，如服桂枝汤后为什么不出汗，其中有一个重要的原因就是"病重"而药力不及，故在桂枝方后仲景一再嘱咐"后服小促其间，半日许，令三服尽"，"一日一夜服，周时观之"，"若汗不出乃服至二三剂"，用缩短服药时间和增加服药剂量的办法以弥补其不及，促使患者出汗。然而，祛邪亦不可太过，祛邪太过则正气反伤。"脉阳微"，"汗出多者，为太过，阳脉实，因发其汗，出多者，亦为太过"。也就是说，不管脉象虚实，过量地发汗都会造成不良的后果，如《伤寒论》第26条，大汗出后造成"大烦渴不解、脉洪大"的亡阴之证；第38条，汗而复汗，造成"恶风、烦躁、不得眠"的亡阳之证。故仲景一再告诫医者，发散邪气，"遍身漐漐微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。"

（三）扶正邪祛

1.扶正与祛邪　同一致病因素，作用于不同的体质，可以产生截然不同的症状，要用扶正或祛邪的不同方法治疗。如风寒侵袭人体，若其人腠理疏松，表现为发热，汗出，脉浮缓，用桂枝汤扶正为主；若其人腠理致密，表现为发热，无汗，脉浮紧，则用麻黄汤发散风寒为主。

同一症状，由于其病理机制不同，也要用扶正或祛邪的不同

方法治疗。如《伤寒论》第70条之“恶寒”乃肾阳不足，为虚，用补法；第3条之“恶寒”乃风寒外束，为实，则用汗法。

同一药物，由于配伍、剂量、炮制的不同，可产生扶正或祛邪的不同作用。如桂枝配甘草（桂枝甘草汤），其作用为扶阳气；若配桃仁、大黄（桃核承气汤），则为祛淤血；白术用二两（如理中汤），其作用为扶脾，若用至三、四两（如去桂加白术汤），则为燥湿；姜用干者（如半夏干姜散），其作用为温中阳，若用生者（如生姜半夏汤），则为散寒邪。

扶正，乃补其不足；祛邪，乃损其有余。但扶正用之过滥（如人参），亦能留邪；祛邪用之得当（如大黄），反能存阴。且正气强则邪自去，邪气除则正自复，故扶正与祛邪，既相反相抑，又相辅相成。仲景某些方剂，如桂枝汤，既是扶正，又是祛邪，很难截然分开。

在观察“不足”或“有余”时，应察其本质，不要被表面现象所迷惑。如“大实有羸状”，宜泻不宜补；“至虚有盛候”，宜补而忌泻。阳明病大实时会出现“短气”、“睛不和”、“脉迟”；少阴病虚甚会出现“谵语”、“面色赤”、“脉阴阳俱紧”。若不察其本质的“大实”或“至虚”，见“羸状”即用补，“见盛候”即用泻，则未有不失败的。

2．扶正与祛邪　疾病的初期，因正气虚而致邪气入侵，须扶正以祛邪。如“血痹，阴阳俱微，寸口关上微，尺中小紧，外证身体不仁，如风痹状”，用黄芪桂枝五物汤补气以化淤；“风水，脉浮，身重，汗出恶风者”，用防己黄芪汤补气以利水。

疾病的后期，因正气虚而致邪气的稽留，也须扶正以祛邪。如“手足厥寒，脉细欲绝者”，用当归四逆汤补血以祛寒；“腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者”，用真武汤温阳以利水。

3．祛邪以扶正　疾病的表现为实证，如“发热，汗多”“腹

满痛”，其病因为实热内结，实热不去，则灼伤阴津，此时应用大承气汤急下热邪以存阴。

疾病的表现为虚证，如“五劳虚极羸瘦……肌肤甲错，两目黯黑”，但其病因却为淤血内结，淤血不去，则新血不生，此时应用大黄䗪虫丸逐淤血以补虚。

4.扶正祛邪并用　在正邪相搏的过程中，有时会出现邪气未尽而正气先怯，欲扶其正恐恋邪气，欲祛邪气又恐伤正，此时，仲景往往把扶正祛邪结合在一起运用；若邪正双方势均力敌，则扶正祛邪并举。如治阳盛阴亏的“脾约”，用麻子仁丸滋脾阴泻胃邪；治火旺阴虚的“心中烦，不得卧”，用黄连阿胶汤泻心火滋肾阴。若正虚邪实以正虚为主，则扶正兼以祛邪。如少阴病反发热，脉沉，得之二三日，用麻黄附子甘草汤温阳兼以祛寒。若正虚邪实以邪实为主，则祛邪兼以扶正。如妇人产后下利，用白头翁汤加甘草、阿胶清热止利兼补气滋阴。

参考文献

〔1〕尤在泾．金匮心典．上海：上海卫生出版社，1957

〔2〕吴又可．温疫论．北京：人民卫生出版社，1976

内治十法

目前，对《伤寒论》的研究，大都侧重于证和方，很少涉及到治法，即使讲法，也只不过泛论八法各自的运用，很少探讨过八法之间的相互关系，更没有人注意到《伤寒论》并非只有八法。如《伤寒论》159 条：“伤寒服汤药，下利不止，心中痞硬。服泻心汤已，复以他药下之，利不止；医以理中与之，利益甚。理中者，理中焦，此利在下焦，赤石脂禹余粮汤主之；复不止者，当利其小便。”本证下利是由于下焦滑脱或蓄水，而非中焦虚寒，故用理中之温法反而使病情加剧，其他七法更不能解决问题，只有用赤石脂禹余粮汤之涩肠法或五苓散之利水法，才为对证之法。所以《伤寒论》中实际有汗、吐、下、和、温、清、补、消、涩、利十法。而且这十法之间，有着十分密切的关系。本文拟从十法的鉴别运用、十法的先后缓急、十法的相互配合、证与法的关系、方与法的关系等几个方面谈一点粗浅的体会。

（一）十法的鉴别运用

十法有各自的特点与作用，因而也有各自的适应证候。临床上，必须根据不同的证候分别施以不同的治法，仲景鉴别证候与治法，主要是从脉证来判断的。394 条从脉断其病位，“脉浮者”其病在表，宜用麻桂之汗法；“脉沉实者”，其病在里，宜用承气之下法；“脉弦者”（原文脱落此三字），其病在半表半

里，则用小柴胡汤之和法。70条从证判其病情，“恶寒者”，正气虚弱，可用芍药甘草附子汤补之；“不恶寒，但热者”，可用调胃承气汤下之。而324 条则脉证合参辨其病机，若“心中温温欲吐”，“脉弦迟者”，乃有形实邪阻于胸中，当用瓜蒂散吐之；若“干呕”“脉微涩者”，乃无形寒饮蕴于膈上，当用四逆汤温之。如果不根据十法的特点与作用而盲目地乱点鸳鸯谱，就可能产生逆证和坏病。如333 条，“脉迟”为寒，寒者热之，当用温法，而医者“反与黄芩汤”之清法，就可能得“除中”的险证。158 条太阳中风，邪气在表，表者散之，当用汗法，而医者误用下法，发生下利无度，完谷不化，腹中雷鸣，心下痞硬，这些病变属下后胃虚，寒热互结，当用半夏泻心之和法，而医“复下之”，一误再误，结果“其痞益甚”，变证丛生。因此，仲景根据病势、病情、病性等不同情况，对十法进行了严格的鉴别：“伤寒呕多，虽有阳明证”，但病势向上，宜吐不宜下；“少阴病，脉微”，病情为虚，宜补不宜汗；“自利不渴”，病性为寒，宜温不宜清；痞而“小便不利”，病邪为水，宜利不宜和。

当然，由于证中有证，还必须辨其法中之法。如风寒上受，首先出现“脉浮、头项强痛而恶寒”的表证，当用汗法，若其人素体虚弱，肌表疏松，而见“汗出脉缓”，则为表虚，用桂枝汤之缓汗法；若其人素体壮实，腠理致密，而见“无汗脉紧”，则为表实，用麻黄汤之峻汗法。风寒入里化热，出现阳明热证，当用清法。若实热内盛，见身热，渴欲饮冷，小便正常，则用白虎汤之清实热法；若湿热内蕴，见“身黄”，“渴饮水浆”，“小便不利”，则用茵陈蒿汤之清湿热法。

总之，仲景对十法的鉴别是细致入微的，以阳明病为例，在运用十法时，以是否“潮热”辨其在表在里，而决定用汗法还是用下法；在运用下法时，以有无“热证”辨其里热里寒，而决定用温下还是寒下；在运用寒下时，以“便硬”程度辨其里大实或里

微实，而决定用峻下还是缓下；在用峻下时，以“谵语”止或未止辨其燥屎去或未去，而决定得下即止，还是下而复下……，层层剖析，步步深入，越辨越细，愈辨愈明，达到了炉火纯青的境地。

（二）十法的先后缓急

懂得鉴别运用十法，而不循先后缓急，也可能动手便错，酿成坏病。缓则治本与急则治标，是仲景运用十法的两个原则。

标本是一个相对的概念，如果从发病学的角度来说，先病是本，后病为标。外感疾病的发展，一般都是自表入里的，治法也相应地宜先外后内。如“太阳病不解，热结膀胱，其人如狂”，为表虚里实，当用桂枝汤之汗法“先解其外”，再用桃核承气汤之下法后攻其里。如“伤寒脉浮，发热，无汗……渴欲饮水”为表寒里热，宜先用麻黄汤汗之，然后方可用白虎加人参汤清之。又如“胸胁满而呕，日晡所发潮热”为既有少阳半表半里，又有阳明之里，此时，虽有“潮热”之实，也应“先宜服小柴胡汤”以和之，“后以柴胡加芒硝汤”下之。因此表里同病，在一般情况下，均应遵循先汗后下，先汗后清，先和后下的步骤。否则就可能造成里证未解，表邪先陷的后果。

但是，在里证甚急，若不及时处理，可危及患者安危时，仲景则采用急则治标的灵活措施。如91条“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里；后身疼痛，清便自调者，急当救表，救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤。”本证属表里俱虚，里虚为急，倘若先汗后温，则里虚不能托邪外出而表不能解，“下利清谷不止”，则内之阴欲竭而阳欲亡。因此，必须先用温法固其里，待正气恢复以后，再用汗法驱其邪。

然而，也不是任何时候都要分先后两步走。如29条本来表里俱虚，误治后又产生了阴阳俱虚的新病变。正确的治法，当是视

病情偏于哪方而定，偏于阳虚而见厥而吐逆者，作甘草干姜汤温中复阳；偏于阴虚而见咽干而脚挛急，作芍药甘草汤补中复阴。而不是象有些人所讲的那样，先与温阳，后与补阴，如果真的那样做，就会出现阳气未复，阴液先竭。试想，汗后出现“反恶寒”的阳虚证（68条），仲景尚且在补阳方中伍以敛阴之品，哪有阴阳俱虚之证，却反而先温其阳，后补其阴呢？所以，对仲景之法，必须活看，切不可泥于古人字句下。

（三）十法的相互配合

临床疾病证候的表现，往往不是单纯的、典型的，而是极其错综复杂的。有表里同病，有寒热相兼，有虚实互见，有阴阳杂呈，单用一种治法是根本不能适应临床需要的。因此，仲景往往把十法相互配合在一起运用，稍微归纳一下，可分六类：

1.汗清并用　如279条：“本太阳病，医反下之，……大实痛者，桂枝加大黄汤主之。”

2.汗和并用　如146条：“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之。”

3.汗温并用　如162条：“太阳病，外证未去而数下之，遂协热而利，利下不止，心中痞硬，表里不解者，桂枝人参汤主之。”

4.和下并用　如103条：“太阳病，过经十余日，反二三下之，后四五日，柴胡证仍在者，先与小柴胡汤。呕不止，心下急，郁郁微烦者，为未解也，与大柴胡汤下之则愈。”

5.温清并用　如173条：“伤寒胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。”

6.清补并用　如303条：“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”

十法的相互配合，不是杂乱无章的凑合，而是根据证候之间

的关系有规律的组合。如果两种证候在体内均衡地存在，那么，两法在方中也可以平分秋色。如146 条既有太阳病的“发热恶寒，支节烦疼”，又有少阳病的“微呕，心下支结”，桂枝汤与柴胡汤就各取其半，故柴胡桂枝汤发汗与和解并重。但大多数情况下，两种证候会有主次、轻重之分的，在治法上相应地也要有所侧重。如桂枝人参汤证与大青龙汤证均为表里同病，但前者里寒为主，表寒为次，故桂枝人参汤是温中兼以发汗，后者表寒较重，里热稍轻，故大青龙汤是发汗兼以清里。

（四）证与法的关系

相同的证候，由于病情有虚实，病变有新久，所表现的具体症状是不同的，因而必须施以不同的治法。以阳明证来说，大渴、大汗、大热、脉洪大为阳明经证，乃无形之热内蕴，可用白虎汤之清法；潮热、谵语、腹痛、便结为阳明腑证，乃有形之邪相结，则用承气汤之下法。以蓄血证来说，“其人如狂”、“少腹急结”为淤血新阻，以桃核承气汤下之；“其人发狂”、“少腹硬满”为淤血久结，则以抵当丸消之。又以下利而言，仲景就用了汗、下、和、温、清、补、利、涩等八种治法。

不同的证候，由于病机、病位相同，可以表现出相同的症状，因而必须施以相同的治法。如太阳证、阳明证、少阴证只要见恶寒、脉浮，即为邪气盛于表，仲景都用了桂枝汤之汗法。痞证、下利只要属于脾虚寒盛的，仲景又都有了理中汤之温法。

证候不变，治法也不应随意改变。有时，由于病人受邪甚浅，疾病就处于相对静止的状态，并不向里传变。如“伤寒一日，太阳受之，脉若静者，为不传”，仍然可用汗法。有时，由于病人体质较强，虽屡经误治，病邪也不向里传变，始终留在太阳或少阳，仍用汗法或和法。“太阳病，先发汗不解，而复下之，脉浮者不愈……当须解外则愈，宜桂枝汤”；“伤寒五六

日，呕而发热者，柴胡证具，而以他药下之，柴胡证仍在者，复与柴胡汤”。切不可朝三暮四，轻易改弦更张。

证候改变，治法也要随着改变。从临床实践中看，不变是相对的，变是绝对的，绝大多数的证候都在时时刻刻不停地变化着。我们必须“观其脉证，知犯何逆，随证治之。”证候变化的形式是多种多样的，总括起来，不外三种：1.表里出入，若正能胜邪，则疾病由里出表；若邪反压正，则疾病由表入里。如太阳病为表，应该用汗法，若“转入少阳”而见“胁下硬满，干呕不能食，寒热往来”，就应改用小柴胡汤之和法。2.寒热互变。寒与热是截然相反、相互对立的，但在一定的条件下，也可以互相变化，187 条就是太阴之寒转为阳明之热的实例，治法应由温法转用白虎之清法。3.虚实转化。实证可以化虚，虚证也可以转实，“发汗病不解，反恶寒者，虚故也”，就是由实而转虚的，治法也应由汗法改用芍药甘草附子汤之补法。但不管如何变化，都离不开阴阳的转化，或阳去入阴，或阴消转阳，关键在于邪正双方力量的对比，发热恶寒发于阳，乃邪气盛，一般用汗、吐、下、清、和、利等祛邪之法；无热恶寒发于阴，乃正气虚，一般用温、补、涩等扶正之法。因此，证候若变，其法也要变；若证候变而法不知变，无异于胶柱鼓瑟。

总之，异证可用同法，同证可施异法，证不变则法亦不变，证万变则法亦万变。

（五）方与法的关系

法是方的理论基础，有方无法，则方就是一堆药物的杂乱堆砌；方是法的实践手段，有法无方，则法就是无可寄托的空中楼阁。仲景之书，治法有严密的规律，又不为常规所限；方剂有可靠的根据，又不为本草所囿，乃法中有方，方中有法，二者达到了水乳交融的和谐与统一。

法中有方，即以法为主，用一法驾驭数方。如和法中就包括和解少阳的小柴胡汤、调和肝脾的四逆散以及调和肠胃的半夏泻心汤，温法就包括温中的理中汤、温阳的真武汤、回阳的四逆汤、温经的甘草附子汤以及温饮的苓桂术甘汤。

方中有法，即《伤寒论》的方剂组成有极严密的法度，而且其方常因配伍、剂量、炮制、煎煮的变化而其法亦迥然各异。有的方剂因配伍不同，其治法亦不同。如麻黄配桂枝治无汗而喘，为汗法；若配石膏，治汗出而喘，则为清法。又如附子单配甘草则为补法（芍药甘草附子汤），若配茯苓、生姜，则为温法（真武汤）。有的方剂，配伍相同，仅因剂量不同，其治法亦不同，如附子汤与真武汤均为附子与芍药、白术相伍，但附子汤中术、附重用，可温经祛在外之寒湿；真武汤中少用术、附，可温阳利在内之水气。一般人以为二方的区别主要是人参、生姜药味的加减，实则奥妙全在附子、白术药量的多少。仲景之法，白术用二两，为温脾胃，若用至三四两，则为燥寒湿。炮附子一两为温肾扶阳，若用至二三两，则为温经祛邪。有的方剂，剂量相同，仅因药物的炮制方法不同，治法也不同。如在桂枝甘草汤与桔梗汤中，甘草均用二两，但前者甘草炙用，炙用则性温，其方为补法；后者甘草生用，生用则性寒，其方为清法。又如真武汤与四逆汤中附子均用一枚，但前方附子炮用，炮则性缓能温阳，可施于久虚之体；后方附子生用，生则性急能回阳，可救逆于顷刻之间。现在有些人解释《伤寒论》方剂时，动辄从本草上找根据，以致消下不分，补温不辨，往往以清热为攻下，以温阳为温经，岂不知仲景制方，本于神农又不拘于本草，自有其既严密又灵活的方中之法。

十法是仲景从长期医疗实践中，在认识疾病发生、发展规律的基础上逐步总结出来的。它和证、方关系十分密切，共同形成了祖国医学理、法、方、药完整的理论体系。十法虽都为纠正人

体阴阳失调而设，但由于人们体质各异，受邪不同，临床上所表现的证候是千差万别、错综复杂的，且随着时间的推移不断发展变化着。因此，不但要对不同的病证区别使用不同的治法，根据病证的复杂情况将各种治法互相配合运用，而且还要依疾病的变化相应地更换治法和方药。

汗　法

汗法是通过开泄腠理、调和营卫的药物为主驱邪从体表而出的一种治疗方法。《素问·阴阳应象大论》“其有邪者，渍形而为汗”，“其在皮者，汗而发之”是仲景立法的主要依据。仲景汗法分解肌发汗、开腠发汗、清解发汗、生津发汗、理气发汗、温阳发汗等6类。

（一）解肌发汗

解肌发汗法以桂枝为主药，常配伍芍药，适用于风寒郁表而脾虚的太阳中风证，症见发热恶寒，汗出身疼，脉浮缓，代表方是桂枝汤。众所周知，太阳中风证的病机是营卫不和，桂枝汤的功能是调和营卫，“营卫并出中焦，总以治脾胃为主”〔1〕，桂枝汤能令“脾阳内动，营气自能作汗，从肌腠出皮毛，然后肌表通彻”〔2〕。故解肌发汗法实际上是补脾发汗法，甘草、大枣等补脾之品是不可或缺的。此法的用药要点是须啜热稀粥以助药力。

（二）开腠发汗

开腠发汗法以麻黄为主药，常配伍桂枝，适用于风寒郁表而肺气不宣的伤寒，症见发热恶寒，无汗而喘，脉浮紧，代表方是麻黄汤。方中以麻黄伍桂枝，并加杏仁开肺，故开腠发汗法实际上即宣肺发汗法，诚如李时珍所说：“麻黄乃肺经专药，故治肺病多用之……是则麻黄汤虽发汗重剂，实为发散肺经火郁之药

也"。[3] 此法的用药要点是麻黄量重而桂枝量轻，发汗作用才明显。

（三）清解发汗

清解发汗法以石膏为主药，常配伍麻黄，适用于风寒郁表而里有热的伤寒，症见发热恶寒，身疼痛，无汗烦躁，脉浮紧，代表方是大青龙汤。方中以石膏伍麻黄，清中有透。此法的用药要点是麻黄须重用。仲景在麻黄汤中麻黄用三两，大青龙汤中麻黄用至六两，折合现代用量18克，是相当重的。

（四）生津发汗

生津发汗法以葛根为主药，常配伍芍药、大枣，适用于风寒郁表而津液不足者。若表实而津液不足，症见发热无汗，项背强几几，用葛根伍芍药、大枣、麻黄、桂枝等药，名葛根汤，生津开腠；若表虚而津液不足，症见发热汗出，项背强几几，则用葛根伍芍药、大枣、桂枝等药，名桂枝加葛根汤，生津解肌。此法的用药要点是葛根必须与生津的芍药、大枣同用。因葛根本身并不能生津，只能把芍药、大枣等药所生津液输至太阳经脉，所以表虚而津液不足用葛根加桂枝汤中（因其中有芍药、大枣），而表实而津液不足不能用葛根加麻黄汤中（因其中无芍药、大枣）。

（五）理气发汗

理气发汗法以桂枝为主药，常配伍厚朴、枳实，适用于风寒郁表而气郁不舒，症见腹满，发热，脉浮数，代表方为厚朴七物汤。方中以桂枝汤去芍药发汗，厚朴三物汤理气。此法的用药要点是厚朴、枳实必须重用方能有效。

知缓峻　桂枝汤中，桂枝与芍药相伍，芍药之酸敛可抑制桂枝发汗之力，二者刚柔相济，发汗力缓；麻黄汤中，麻黄与桂枝

相伍，桂枝辛温，麻黄亦辛温，二者以辛济辛，发汗力峻。

重适度　发汗重在适度，以通身“微似有汗者益佳”，既不能太过，也不能不及。若汗出“如水流漓”，为发汗太过，可导致“遂漏不止”而亡阳；若汗不出，“面色缘缘正赤，躁烦不知痛处”，为发汗不彻，轻则邪气怫郁在表，重则“转属阳明”而入里。

守禁忌　汗法虽然能祛除邪气，但亦能随汗相应地损失人体一部分阳气和津液，因此，仲景用汗法十分谨慎，提出“淋家不可发汗”、“脉微不可发汗”、“少阳不可发汗”，一言而蔽之：里证与虚证都不能用发汗法。

参考文献

〔1〕王旭高．退思集类方歌括．上海：上海科技出版社，1965
〔2〕曹颖甫．经方实验录．上海：上海科技出版社，1979
〔3〕李时珍．本草纲目．北京：人民卫生出版社，1981

下　法

下法是运用泻下药为主，使有形实邪从大便排出体外的一种治疗方法。《素问·阴阳应象大论》“其下者引而竭之，中满者泻之于内”即是仲景立法的主要依据。仲景下法分泻热通腑、攻下寒积、逐淤下血、泻下逐水、润肠通便等5类。

（一）泻热通腑

泻热通腑法以大黄为主药，常配伍枳实、厚朴、芒硝，适用于邪热与胃肠糟粕相结的病证。若结热重甚，症见潮热谵语，短气而喘，腹大满，大便结，脉沉实，用大黄伍枳实、厚朴、芒硝，名大承气汤，峻下结热；若结热较重，症见潮热谵语，腹满便结，脉滑数，用大黄伍枳实、厚朴，名小承气汤，泻下通便；若结热较轻，症见心烦腹满，蒸蒸发热，大便稍结，则用大黄伍芒硝、甘草，名调胃承气汤，和胃攻下。需要说明的是，热与糟粕结于胃肠，并不一定见大便结，有时反而会出现下利，若察其腹硬满，脉实，苔黄燥，则为热结旁流的下利，亦可用承气汤攻下。此法的用药要点是根据结热的轻重配以调气药，结热重，调气药的用量亦重；结热轻，调气药的用量亦轻。如三承气汤均用大黄四两，大承气汤中厚朴、枳实等调气药倍于大黄，故泻下力最峻；小承气汤中调气药只有大黄的一半，故泻下力较缓；调胃承气汤中根本没有配伍调气药，故泻下力最缓。

（二）攻下寒积

攻下寒积法以大黄为主药，常配伍附子、细辛，适用于寒与

有形实邪相结，症见胁下偏痛，发热，脉紧弦。大黄与寒凉药相伍可治热积，与附子、细辛等热药相伍则可治寒积。临床上凡顽固之疾多寒热虚实错杂，非大寒大热、大补大泻之药相合，往往难以连根拔除。此法的用药要点是根据寒实的孰多孰少而决定大黄、附子的用量：若实多于寒，大黄之量多于附子；寒重于实，则附子量多于大黄。

（三）逐淤下血

逐淤下血法以大黄为主药，常配伍桃仁、水蛭、虻虫，适用于热与淤血相结的蓄血证。若热与淤初结，邪气尚浅，症见少腹急结，其人如狂，用大黄伍桃仁等，名桃核承气汤，活血下淤；若热与淤久结，邪气已深，症见少腹硬满，其人发狂，则用大黄伍水蛭、虻虫等，名抵当汤，破血逐淤。此法的用药要点是要根据邪气的浅深而决定大黄的配伍，淤血新结宜急下，大黄重用，配伍桂枝等辛温调气之品；淤血久结宜缓攻，大黄轻用，配伍水蛭、虻虫等虫类通络之药。

（四）泻下逐水

泻下逐水法以甘遂为主药，常配伍大黄，适用于热与水结的结胸证，症见胸胁硬满而痛不可近，脉沉紧，代表方是大陷胸汤。此法的用药要点是甘遂用量极轻。因甘遂为峻烈逐水之药，用少量即可致大泻，故仲景在大陷胸汤中甘遂仅用一钱匕，折合现代用量约为0.3克。此外，在服法上也须谨慎，“得快利，止后服”，因而不能持续服用，得效即止，不效即改弦更张。

（五）润肠通便

润肠通便法以麻子仁为主药，常配伍枳实、芍药，适用于阴虚阳盛的大便结，代表方是麻子仁丸。方中麻仁伍杏仁润肠滋

燥，配芍药和营缓急，加小承气以行气导滞，泻热去实，以蜜和丸，取其缓以润下之意。值得提出的是，麻子仁丸用于热病后期肠中津液已伤，而邪热尚存者方为合拍，若老年人津枯便秘者则不适宜。此法的用药要点有二：一是方中麻子仁、杏仁等润下药须重用，二是服药时要渐加缓下，不能操之过急。

明邪气　有形邪积多表现为疼痛，但不同的邪气必兼有不同的症状，方能确定使用何种下法。如为热积，多见大便结，攻下以大黄为主；水积，多见水肿，攻下以甘遂为主。

察虚实　同是大便结，其病机有虚有实，舌干少苔而脉虚数，为津液不足的虚证，治疗当以麻子仁为主润下；苔黄而脉沉实为阳气有余的实证，治疗当以大黄为主攻下。

知煎煮　攻下药物的煎煮很讲究。如大黄、芒硝均为攻下药，芒硝必须后下，久煮则效果不佳。大黄后下还是与诸药同煎，则视情况而定：下淤血，与诸药同煎；下热结，后下。病情急而重者，大黄后下；缓而轻者，与诸药同煎。

守禁忌　下法虽是驱除邪气的很好方法，但用之不当，亦能损人正气，因此，在下列两种情况下不宜使用：一是病人有恶寒发热的表证，“太阳病，表证未解，不可下也，下之为逆”即是仲景明训；二是虚证不可单独使用，“阳已虚，尺脉弱涩者，复不可下之”，亦是仲景在临床上的切身体验。

温　法

温法是用温热扶阳的药物为主以治疗里寒的一种方法。《素问·至真要大论》"寒者热之"是仲景温法的立法依据。寒为阴邪，易伤阳气，故《伤寒杂病论》中温法颇多，概括起来，大致有温通心阳、温脾建中、温胃止吐、温肾扶阳、回阳救逆、温经活血、温经祛湿、温饮祛邪等8类。

（一）温通心阳

温通心阳法以桂枝为主药，常配伍甘草，适用于心阳虚所致的病证。若心阳虚甚，症见悸动不安，叉手自冒心，单用桂枝伍甘草，名桂枝甘草汤，温通心阳；若心阳不足，心神浮越，症见心悸烦躁，桂枝甘草加龙骨、牡蛎，名桂枝甘草龙骨牡蛎汤，温通心阳，潜镇安神；若心阳虚弱，浊痰凝聚，桂枝甘草加蜀漆、龙骨、牡蛎等，名桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤，温通心阳，涤痰镇惊。此法的用药要点是桂枝的用量须根据心阳虚程度的微甚而增减，仲景于心阳虚重证用四两，约相当于现在的12克；轻证用一两，约相当于现在的3克。

（二）温脾建中

温脾建中法以干姜为主药，常配伍白术，适用于脾虚湿盛所致的病证。若寒湿困脾，波及肾部，症见腰以下冷痛，腹重如带五千钱，身体重着，干姜白术加茯苓甘草，名甘草干姜茯苓白术汤，燠脾以胜湿；若脾阳虚弱，影响于胃，症见腹满呕吐，自

利，食不下，干姜白术加人参甘草，名理中汤，温脾以建中。此法的用药要点是如果病情偏重于脾阳虚，则重用白术；病情偏重于寒湿盛，则重用干姜。剂型汤不如丸，丸剂的效果要比汤剂明显得多。

（三）温胃止呕

温胃止呕法以干姜、吴茱萸为主药，常配伍半夏、人参，适用于胃阳虚所致的呕吐。若胃虚饮盛偏于饮盛者，用干姜伍半夏，名半夏干姜汤，祛饮温胃；若胃虚饮盛偏于胃虚者，用吴茱萸伍人参等，名吴茱萸汤，温中降逆。此法的用药要点有二，一是胃虚不堪重负，因而药味要精，仲景吴茱萸汤只有4味药，而半夏干姜散仅2味药。二是不宜加白术、甘草等守中药，因“治胃与脾迥别，古称胃气以下行为顺，区区术、甘之守，升、柴之升，竟是脾药”。

（四）温肾扶阳

温肾扶阳法以炮附子为主药，常配伍白芍，适用于肾阳虚所致的病证。若阳虚水泛，症见“腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者”，附子、白芍加白术、茯苓、生姜，名真武汤，温阳利水；若阳虚气羸，而见“恶寒者”，附子、白芍加甘草，名芍药甘草附子汤，温阳补中。此法的用药要点是附子须轻用。仲景在真武汤和芍药甘草附子汤中附子的量均为一枚，因阳虚病人骤用大量峻烈之品，病人很难适应，可能出现水肿甚至更剧烈的副作用。

（五）回阳救逆

回阳救逆法以生附子为主药，常配伍干姜，适用于阳虚阴盛所致的危重证候。若阳气虚衰，阴寒独盛，而见“下利清谷，手足厥冷”者，用生附子伍干姜、甘草，名四逆汤，回阳救逆；若

阳虚阴盛，津气外脱，而见“恶寒脉微”，下利顿止，用生附伍干姜、人参等，名四逆加入参汤，回阳敛阴；若阴盛于内，格阳于外，而见面赤身热，手足厥逆，用生附伍干姜、葱白，名白通汤，破阴回阳。此法的用药要点是生附的用量不宜过大，最危急的通四脉逆加猪胆汁汤证仲景仅用生附大者一枚，且必须久煎。

（六）温经活血

温经活血法以桂枝为主药，常配伍当归，适用于寒凝血淤的病证。若病情重而急，症见“手足厥寒，脉细欲绝”，用桂枝伍当归、细辛、大枣等，名当归四逆汤，养血通络，温经散寒；若病情缓而久，症见“下利数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥”，用桂枝伍当归、麦冬、阿胶、丹皮等，名温经汤，温经散寒，活血化淤。此法的用药要点是桂枝、当归须等量，如当归四逆汤中，桂枝用三两，当归亦用三两；温经汤中，桂枝用二两，当归亦用二两。证之临床，确实以二药等量运用疗效最佳。

（七）温经祛湿

温经祛湿法以炮附子为主药，常配伍桂枝、白术，适用于风湿相搏的病证。若风邪偏重，症见“身体疼烦，不能自转侧”，小便不利，大便溏，用炮附伍桂枝等，名桂枝附子汤，祛风止痛；若湿邪偏重，症见“身体疼烦，不能自转侧”，“大便硬，小便自利”，用炮附伍白术，名白术附子汤，祛湿止痛；若风湿并重，症见“骨节疼烦，掣痛不得屈伸，近之则痛剧，汗出短气，小便不利，恶风不欲去衣”，用炮附伍桂枝、白术，名甘草附子汤，祛风湿而止痛。此法的用药要点是炮附子必须重用，仲景在桂枝附子汤中附子用量多达3枚。但须注意，附子重用会出现“如冒状”的反映，必须事先告诉病人，免得其惊慌失措。

（八）温肺止咳

温肺止咳法以干姜为主药，常配伍甘草、细辛、麻黄，适用于肺虚寒盛的病证。若肺中虚寒，症见“头眩，多涎唾，遗尿，小便数”，用干姜伍甘草，名甘草干姜汤，温肺止涎；若肺寒饮盛，症见“多唾口燥”，咳嗽胸满，用干姜伍茯苓、细辛等，名苓甘五味姜辛汤，温肺化饮；若风寒犯肺，水饮内停，症见“干呕，发热而咳”，用干姜伍麻黄、细辛等，名小青龙汤，温肺化饮解表。此法的用药要点是要根据肺虚寒盛孰重孰轻而调节方中药物用量的比例。虚重于寒，扶正之品倍于祛寒之药，如甘草干姜汤中甘草四两，干姜二两，甘草倍于干姜；寒虚并重，则扶正之品与祛寒之药等量，如小青龙及苓甘五味姜辛汤中，甘草三两，干姜三两，甘草与干姜等量。

重配伍　同一味药，由于配伍不同，作用就迥然有别。如桂枝配甘草，能温心阳；伍茯苓，则能祛寒饮。又如干姜配细辛、麻黄，能温肺止咳；伍白术，则能温脾止利。

知用量　同一味药，由于药量不同，作用亦大不相同。如炮附子用1枚，能温阳于内；用2至3枚，则能祛湿于外。

看缓急　急症药味宜少，药量宜大；缓症药味宜多，药量宜小。如仲景治危急重症的干姜附子汤、桂枝甘草汤，均只2味，且取顿服；而治缓症的温经汤中有12味药，且分温3服，则每次药量甚少。

知禁忌　附子、干姜、桂枝等药均为辛热之品，用之不当，轻则出血，重则弊命，所以仲景在论中说：“附子下咽，阳盛则亡”，“凡服桂枝汤吐者，其后必吐脓血也”。一般用于阳虚之体，阳盛或阴虚之体切勿轻试。

清　法

清法是用清热泻火的药物为主以治疗里热的一种方法。《素问·至真要大论》“热者寒之，温者清之”是仲景清法的立法依据。《伤寒杂病论》虽主要为风寒伤阳立法，但其中不乏温病，且寒邪入里亦能化热，故论中亦有清热生津、清热利湿、清热宣郁、清热燥湿、清热解毒等诸多清法。

（一）清热生津

清热生津法以石膏为主药，常配伍知母、人参、竹叶等药，适用于胃热炽盛、伤津耗液的气分热证。若壮热汗出，口渴，脉洪大，为热盛而津伤，用石膏伍知母等，名白虎汤，清热生津；若燥渴不止，脉虚大，为热盛而津液重伤，用石膏伍知母、人参等，名白虎加人参汤，清热而峻补津液；若热病后虚羸少气，气逆欲吐，为津液重伤而有热，用石膏伍竹叶等，名竹叶石膏汤，益气养阴，兼清余热；若妇人乳中虚，烦乱呕逆，为津伤与热均较轻，用石膏伍竹皮等，名竹皮大丸，养津清热。此法的用药要点是石膏须重用生用方效。张锡纯说：“石膏之质甚重，七八钱不过一大撮耳。以微寒之药，欲用一撮扑灭寒温燎原之热，又何能有大效。是以愚用生石膏以治外感实热，轻者亦必用两许；若实热炽盛，又恒重用至四五两，或七八两。”“若认为大寒而煅用之，则宣散之性变为收敛，以治外感有实热者，竟将痰火敛住，凝结不散，用至一两即足伤人，是变金丹为鸩毒矣。”[1]所以仲景白虎汤及竹叶石膏汤中重用生石膏至一斤，约合今之50克。

（二）清热利湿

清热利湿法以赤小豆、黄柏、茵陈为主药，常配伍麻黄、连轺、栀子、大黄等药，适用于湿热郁滞的发黄。若湿热初起，邪偏于表，兼见发热恶寒者，用赤小豆伍麻黄、连轺等，名麻黄连轺赤小豆汤，宣散湿热；若湿热入里，热重于湿，用黄柏伍栀子等，清热利湿；若湿热入里，湿热并重，用茵陈伍大黄，清利湿热。用此法时，以黄色鲜明如橘子色的阳黄证为主，舌苔多黄腻。用药要点是茵陈、赤小豆均须重用，而黄柏、大黄须轻用。

（三）清热宣郁

清热宣郁法以栀子为主药，常配伍豆豉、生姜、甘草、厚朴枳实等药，适用于郁热留扰胸膈的虚烦证。若寒邪入里化热，或湿温病邪热上扰，而见心中懊恼，反复颠倒不得眠，用栀子伍豆豉，名栀子豉汤，清宣郁热；若兼脉虚少气，用栀子伍甘草等，名栀子甘草豉汤，清宣郁热，益气和中；若兼寒饮上逆，而见呕吐，用栀子伍生姜等，名栀子生姜豉汤，清宣郁热，降逆止呕；若兼气行不畅，而见心烦腹满，卧起不安，用栀子伍厚朴，名栀子厚朴汤，清宣郁热，宽中消满；若病后劳复，郁而发热，脘腹胀满，用栀子伍枳实等，名枳实栀子汤，清宣郁热，宽中行气。用此法时，以舌上有黄白薄腻的苔为辨证要点，无舌苔一般不是郁热，不适用此法。用药要点是豆豉须后下，若久煮则其性全失。

（四）清热燥湿

清热燥湿法以黄芩、黄连为主药，常配伍大黄、芍药、葛根、白头翁等药，适用于湿热内阻的痞证或痢疾。若太阳病误下，邪热入里，而见心下痞，按之濡，关脉浮，黄芩、黄连并

用，伍以大黄，名大黄黄连泻心汤，清热泄痞。若湿热成痢，兼有表邪，黄芩、黄连并用，伍以葛根等，名葛根黄芩黄连汤，清热解表；若湿热成痢，偏于中焦，用黄芩伍芍药，名黄芩汤，清热和中；若湿热成痢，偏于下焦，而见口干，下重，用黄连伍白头翁等，名白头翁汤，清热凉肝。此法的用药要点是：若热在上焦，黄芩、黄连须轻用，不能久煮，最好仅用麻沸汤渍之，取其轻扬清淡以上行；若热在下焦，黄芩、黄连须重用，且须久煎，取其味浓重浊以下行。

（五）清热解毒

清热解毒法以甘草、苦酒为主药，常伍以桔梗、半夏等药，适用于热毒蕴于上焦的咽痛。若客热轻微，咽痛不甚，则仅用甘草一味，名甘草汤，清热解毒利咽；若客热结阻，咽痛较甚，用甘草伍桔梗，名桔梗汤，清热解毒散结；若客热阻久，咽伤破溃，用苦酒伍半夏等，名苦酒汤，清热涤痰，敛疮消肿。此法的用药要点是苦酒不能久煮，甘草须用生者。因甘草生用解毒，炙用则和中。诚如张隐庵所说："本论汤方甘草俱炙，炙则助脾土而守中；惟此生用，生则和经脉而流通。学者不可以其近而忽之也。"[2]

识药性　清热药都有清热的作用，这是它们的共性，但不同的清热药有不同的特点，这是它们的个性，临床时一定要紧紧抓住它们的个性。如石膏与黄连虽均为寒药，可以清火，但石膏辛寒，清中有透；黄连苦寒，清中有化。身发热时须透热达外，多用石膏；心下痞、痢疾须化热于中，多用黄连。且石膏质重，黄连体轻，质重须量多方有效，体轻须少用方不致伤胃，故仲景重用石膏多时达一斤，而重用黄连极量才三两。

明脏腑　不论寒邪入里化热，还是邪热直接入里，都会波及脏腑，从而表现出某个脏腑的火热之证，就要根据脏腑的不同特

点，选用不同的药物。如身热口渴，为邪热犯胃，宜用石膏伍知母以清胃热；身热咳喘，为邪热犯肺，宜用石膏伍杏仁以清肺热。

分有形无形 热与体内有形之物相结，为有形之热；热与体内无形之气相合，为无形之热。如栀子豉汤证之"虚烦"，大黄黄连泻心汤证之"虚痞"，均为无形之热；三承汤证之"潮热"大陷胸汤证之"燥渴"，均为有形之热。无形之热用清法，有形之热则用下法。

辨气分血分 口干饮冷多为气分之热，口干但欲漱水不欲咽多为血分之热，气分之热多表现为舌苔黄，血分之热多表现为舌质红。如栀子豉汤证之"心烦"，白虎汤证之"舌上干燥，"均为气分之热；桃核承气汤证之"少腹急结"，热入血室证之"寒热往来"，均为血分之热。气分之热用清热法，血分之热则用活血法。

参考文献

〔1〕张锡纯．医学衷中参西录．石家庄：河北人民出版社，1978
〔2〕张隐庵．伤寒论集注．北京：人民卫生出版社，1957

消 法

消法是消除体内留邪的一种治疗方法。《素问·至真要大论》“坚者削之，结者散之”是仲景立法的主要依据。仲景消法分消淤血、消水邪、消痰饮、消气滞、消虫积等5种。

（一）消淤血

消淤血法以桃仁、大黄、鳖甲为主药，常配丹皮、䗪虫、蜣螂，适用于淤血凝结体内的病证。若血与寒凝，所结尚浅，症见孕妇漏下不止，胎动不安用桃仁伍桂枝等药，名桂枝茯苓丸，活血化淤；若血与热结，病位较深，症见羸瘦腹满，肌肤甲错，两目黯黑，不能饮食，用大黄伍䗪虫等药，名大黄䗪虫丸，破血逐淤；若血结肝胆，淹缠岁月，形成症瘕，病位最深，则用鳖甲伍蜣螂等药，名鳖甲煎丸，软坚散结。此法的用药要点是淤久入络，必用鳖甲、䗪虫、蜣螂等虫类攻络之品，诚如叶天士所说：“后汉张仲景推广圣经蕴奥，谓疟邪不解，势必邪结血中，有症瘕疟母之累瘁，制方鳖甲煎丸。方中大意，取用虫蚁有四，意谓飞者升，走者降，灵动迅速，追拔沉混气血之邪。盖散之不解，邪非在表；攻之不驱，邪非著里，补正却邪，并树无益，故圣人另辟手眼，以搜剔络中混处之邪，治经千百，历有明验。”[1]

（二）消水邪

消水邪法以防己、瞿麦、硝石为主，常配伍葶苈、栝蒌根、矾石等药，适用于水邪内阻的病证。若水热相结，症见水肿，腹

满，口干，用防己伍葶苈等药，名己椒苈黄丸，前后分消；若水与血结，症见黄疸腹胀，大便溏黑，用硝石伍矾石，名硝石矾石散，消水逐淤；若水结津亏，症见水肿，口渴，小便不利，则用瞿麦伍栝蒌根，名栝蒌瞿麦丸，消水生津。此法的用药要点是各药用量要轻。如己椒苈黄丸每次服梧桐子大1丸，而硝石矾石散每次仅服方寸匕，剂量都非常小。

（三）消痰饮

消痰饮法以半夏、皂荚为主药，常配伍麻黄、枣膏，适用于痰饮内阻的病证。若寒痰新结，留于胸中，症见心下悸而喘，用半夏伍麻黄，名半夏麻黄丸，蠲除寒痰；若顽痰久恋，留阻胸中，症见咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，用皂荚伍枣膏，名皂荚丸，涤除顽痰。此法的用药要点是皂荚为通关利窍、破积攻坚的峻药，必配合枣膏平和润脾之品，方不致邪未去而体先伤。曹颖甫说："余尝自病痰饮喘咳吐浊，痛连胸胁，以皂荚大者4枚炙末盛碗中，调赤砂糖，间日一服，连服4次，下利日二三度，痰涎与粪俱下，有时竟全是痰液。病愈后体亦大亏，于是知皂荚之攻消甚猛，全赖枣膏调剂也。"〔2〕

（四）消滞气

消滞气法以厚朴、枳实为主药，常配伍人参、芍药、大黄，适用于滞气内阻的病证。若滞气较轻而偏于上，症见"心中痞，诸逆心悬痛"，用枳实伍桂枝等药，名桂枝生姜枳实汤，降气通阳；若滞气较轻而偏于虚，症见"腹胀满"，用厚朴伍人参等药，名厚朴生姜半夏甘草人参汤，宽中健脾；若滞气较甚而偏于实，症见腹痛便闭，则用枳实、厚朴伍大黄，名厚朴三物汤，行气通滞。此法的用药要点是枳实、厚朴用量须重，仲景在桂枝生姜枳实汤中枳实用5枚，在厚朴三物汤、厚朴生姜半夏甘草人

参汤中厚朴均用至8两，用量都是相当重的。

（五）消虫积

消虫积法以乌梅为主药，常配伍苦酒、蜀椒等药，适用于虫积内扰所致之常自吐蛔、时复烦躁、得食而呕、右上腹阵发剧烈绞痛等症，代表方是乌梅丸。此法的用药要点是乌梅、苦酒为治蛔之要药，均须重用。

重剂型　消法的剂型多为丸、散剂，而很少汤剂，这是因为汤者荡也，利在速战；丸者缓也，功在缓消。消法主治的证候多为岁月淹滞、邪气久恋而成，其来也渐，其去也缓，非久磨渐消难以为功。

顾正气　消法较下法、汗法作用缓和，但究属祛邪之法，且方中亦有大黄、虻虫、皂荚等克削之品，极易伤人正气，因此，除了在方中配伍甘草、白蜜、枣膏等扶正之品外，每次的用量也极轻，这样就避免伤正。

参考文献

〔1〕叶天士．临证指南医案．上海：上海人民出版社，1976
〔2〕曹颖甫．经方实验录．上海：上海科技出版社，1979

补 法

补法是以补益药为主治疗各种虚证的一种方法。《素问·至真要大论》“虚者补之”、“损者益之”、“形不足者，温之以气；精不足者，补之以味”是仲景立法的主要依据。仲景补法有补气、补血、补阴、补阳4类。

（一）补 气

补气法以黄芪、甘草为主药，常配伍桂枝、小麦等药，适用于气虚的病证。肺气不足者，用黄芪伍桂枝。如肺卫不足引起阴血凝滞的血痹证，症见身体不仁，脉寸微而尺紧，即以黄芪桂枝五物汤补气行痹；如肺卫不足引起水气泛溢的黄汗证，症见身体肿，发热汗出而渴，汗沾衣色黄如药汁，即以黄芪芍药桂枝苦酒汤补气退黄；如肺气不足，内有虚寒的虚劳证，症见腹痛，失精，则以黄芪建中汤补气建中。脾气不足而致脏躁者，症见“喜悲伤欲哭，象如神灵所作，数欠伸”，用甘草伍小麦等药，名甘草小麦大枣汤，补脾养心。此法的用药要点是须根据表虚里虚决定黄芪用量的多少，里虚者，黄芪用量小；表虚者，黄芪用量大。如黄芪建中汤治虚劳里急，方中黄芪仅用一两半；而黄芪芍药桂枝苦酒汤治表虚黄汗，方中黄芪用至五两，是前者的3倍多。

（二）补 血

补血药以当归为主药，常配伍芍药、泽泻、羊肉、阿胶、黄

芩等药，适用于血虚的病证。若血虚湿盛，症见孕妇腹中绞痛，小便不利，用当归伍芍药、泽泻等药，名当归芍药散，补血利水；若血虚阳衰，症见腹中痛，胁痛里急，用当归伍羊肉等药，名当归生姜羊肉汤，补血壮阳；若血虚阴亏，症见孕妇腹痛下血，用当归伍芍药、阿胶等药，名芎归胶艾汤，补血滋阴；若血虚热盛，症见孕妇胎动不安，口干苔黄，用当归伍芍药、黄芩等药，名当归散，补血清热。诚如《丹溪心法附余》所说："瘦人血少有热，胎动不安，素曾半产者，皆宜服之，以清其源而无后患也。"此法的用药要点是补血药中辅以清酒，疗效更佳，以清酒能载补血药遍行周身经脉，故仲景补血药中多用清酒，如芎归胶艾汤中以水合清酒煎药，当归散及当归芍药散均以酒和服。

（三）补　阴

补阴药以麦冬、百合、薯蓣、酸枣仁为主药，常配伍半夏、地黄、当归、知母等药，适用于阴虚的病证。若肺胃阴虚，症见咽燥咳喘，用麦冬伍半夏等药，名麦门冬汤，清养肺胃，止逆下气；若心肺阴虚而致百合病，症见"意欲食复不能食，常默默，欲卧不能卧，欲行不能行，……如寒无寒，如热无热，口苦，小便赤"，用百合伍地黄，名百合地黄汤，润养心肺；若脾肾阴虚而致虚劳，症见食欲不振，精神疲倦，用薯蓣伍地黄、当归等药，名薯蓣丸，滋养脾肾；若肝心阴虚而致虚劳，症见虚烦不得眠，用酸枣仁伍知母等药，名酸枣仁汤，补肝养心。此法的用药要点是主药必须重用方效，如《金匮》麦门冬汤中麦门冬用至七升，薯蓣丸中其他药或用二三分，或用六七分，薯蓣则用至三十分，是其他辅药的4—15倍。

（四）补　阳

补阳法以炮附子、干姜、獭肝为主药，常配伍地黄、白术等

药，适用于阳虚的病证。若肾阳虚衰，症见腰痛，少腹拘急，小便不利，用炮附子伍地黄等药，名肾气丸，补肾壮阳；若脾阳虚衰，症见腹痛下利，用干姜伍白术等药，名理中丸，补脾温阳；若肝阳久虚而致冷劳鬼注，用獭肝一味，名獭肝散，补肝化阴。此法的用量药要点是主药用量须轻。如肾气丸中附子仅用1枚，理中丸中干姜仅用3两，獭肝散中獭肝每次用量仅为1方寸匕，剂量都相当小。

重配伍　人体中阴阳是相辅相成的，阴中无阳，则阴不易化；阳中无阴，则阳不易生。张景岳说过："善补阳者，必于阴中求阳，则阳得阴助而生化无穷；善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳升而泉源不竭。"[1]试看仲景补阴剂中常伍以扶阳之品，补阳方中常配以滋阴之药，如肾气丸为补阳之剂，却配伍地黄、山萸、薯蓣等滋阴类药；麦门冬汤为补阴之剂，却配伍半夏辛燥之药。

知兼夹　补药一般是对虚证而设，但人们所患的虚证极少绝对地虚，尤其是久病，往往虚实夹杂，因此，在补药中一般应辅以祛邪之品，如肾气丸中就配有泽泻、茯苓利水，丹皮活血；薯蓣丸中亦配有神曲消食，防风除风，桔梗祛痰，川芎活血。若堆砌补药，一味蛮补，是必不能取效的。

重有情　叶天士说："夫精血皆有形，以草本无情之物为补益，声气必不相应……血肉有情，栽培身内之精血。"[2]仲景獭肝散，以血肉有情之物，开以脏补脏之先河。

参考文献

〔1〕张景岳．景岳全书．上海：上海科技出版社，1984

〔2〕叶天士．临证指南医案．上海：上海人民出版社，1976

和　法

对于《伤寒论》汗、吐、下三法，医家很少异议，而对《伤寒论》的和法，则众说纷纭，莫衷一是，日人丹波元坚甚至否认和法的存在。因此，有必要作深入的探讨。

（一）和法的意义

何谓《伤寒论》的和法？程钟龄说："伤寒在表者可汗，在里者可下，其在半表半里者，惟有和之一法焉，仲景用小柴胡汤加减是也。"[1] 近人也声称"和法的正治法，完全是和解少阳或邪势大部偏于少阳的治法"[2]。笔者认为，和法并不专为治疗半表半里的少阳而设，还应包括治疗痞证的和调脾胃法。

和解少阳法适用于外邪侵犯少阳，正邪交争，引起表里出入受阻，而见"往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕"等症（《伤寒论》第96条），主方是小柴胡汤，煎法是"以水一斗二升，煮取六升，去滓再煎，取三升"。

和调脾胃法适用于外邪内陷，寒热交阻，引起上下升降失司，而见"心下痞"之症。若兼痰饮内蓄，"呕而肠鸣"者，半夏泻心汤之主；若兼饮食停滞，水谷不化，"干噫食臭""腹中雷鸣下利者"，生姜泻心汤主之（第157条）；若胃虚更甚，"其人下利，日数十行，谷不化，腹中雷鸣""干呕，心烦不得安"者，甘草泻心汤主之（第185条）；若兼肝气犯胃，"噫气不除者"，旋覆代赭汤主之（第161条）。煎法是"以水一斗，煮取六升，去滓再煎，取三升。"

由上可知，《伤寒论》的和法具备三个特点：1.其病机为正气虚弱，外邪干犯，导致枢机不利。出入升降是人体进行新陈代谢、维持生命活动的基本过程，因而“无器不有”，无时不作，一旦出入升降失常，就会产生种种病理变化，少阳乃表里出入的枢纽，“血弱气尽”，正邪相搏，“结于胁下”，可使出入受阻，而见往来寒热的少阳病。脾胃乃上下升降的枢纽，“胃中虚”，邪气内陷，寒热互结，凝滞中焦，引起升降失常，则见心下痞满的痞证。2.其方剂配伍为相反相成。既用人参、甘草扶正，又用柴芩或姜连祛邪，扶正祛邪并用，且小柴胡汤中，柴胡辛散，黄芩苦收，散收平调以开表里出入之门；半夏泻心汤中，干姜性热，芩连苦寒，寒热同施以通上下升降之路。3.其煎药法是“去滓再煎”。对于这种特殊煎法，医家有几种不同的看法。张锡纯认为“其去滓重煎者，原所以减柴胡发表之力，欲其但上升而不外达也”[3]。然而，半夏泻心汤中却无发表之药，为什么也“去滓再煎”呢？显然此说不成立。冉小峰认为“去滓再煎”即现代药剂学和化学所谓‘浓缩’的方法，既不使药物长期混合加热，又能得到浓度高、体积小的制剂来供病人服用，减少病人服药时的苦恼和反应”。[4]那么，为什么桂枝甘草汤等补剂反而不“去滓再煎”予以“浓缩”呢？为什么吐、下、清剂也不“浓缩”呢？难道吐、下、清剂的苦味不使病人更“苦恼”吗？可见，此说也不可靠。倒是岳美中老先生的看法有独到之处，他说，去滓再煎“有两义：1.原生姜、半夏、甘草三泻心汤与旋覆代赭石汤，均属和胃之剂，和少阳，和阳明，均旨在和解，异病而同法，又怎么不可取‘去滓再煎’之煮法呢？2.和法在方剂上均寒热并用，以调解其阴阳之错杂，寒热之胜复”[5]。

因此，所谓《伤寒论》的和法，就是和调寒热，燮理阴阳，疏利枢机，使人体出入升降复常的一种治疗大法。然而，许多医学家对《伤寒论》的和法却有种种不同的看法。

一种认为和法即两解表里法。如有人说："小青龙、柴胡，俱是两解表里之剂"，"小青龙证为表里俱有寒……小柴胡证为表里俱有热"。[6]笔者认为，小青龙证为表里俱有寒为是，小柴胡证为表里俱有热却非。众所周知，小柴胡证邪气既不在太阳之表，也不在阳明之里，而在少阳半表半里，以其邪不在表，故不能用汗法；以其邪不在里，又不能用下法，只能用小柴胡汤之和法和解半表半里之邪，与小青龙汤之汗温并用表里双解似无共同之处。

一种认为和法即清上温下法。如有人说："和法一般多寒温杂用，且常兼别法，伤寒论属于和法的有：栀子厚朴汤、栀子干姜汤、黄连汤……"。[7]"和法一般多寒温并用"，是正确的，但反过来说，寒温并用的却并非均为和法。从表面上看，黄连汤治呕而腹痛，半夏泻心汤治呕而肠鸣，而且两方都是芩连与干姜寒热并用，似乎都可算作和法了，其实不然。从药物的煎法上看，黄连汤只煎一次，半夏泻心汤是"去滓再煎"。从病机上看，二者虽都有呕吐与腹部症状，但黄连汤证的呕与腹痛都是主证，分别由"胸中有热"与"胃中有邪气"所引起；半夏泻心汤证的呕与肠鸣都是次要症状，"心下痞"才是主证，是由中焦升降失常所引起。因此，黄连汤用温清并用法以分消上下之势，半夏泻心汤用和法以和调中焦之痞，二者的治法相去甚远。然而，直至现在，几乎所有高等院校的方剂学教材都把黄连汤划归和法一类，似欠妥当。

一种认为缓汗法即是和法。如有人说："凡病邪并不盛，而正气却不衰时，最宜用和解之法，如《伤寒论·霍乱篇》云：'吐利止而身痛不休者，当消息和解其外，宜桂枝汤小和之。'"[6]如果单从字面上分析，既用了"和解"，又用了"和"，似乎桂枝汤属和法无疑了。实际上此处之"和"字并非指和法而言。张令韶在《伤寒直格》中说："本经凡言小和微和者，谓微邪而毋庸大攻也。"也就是说，这里的"和"与"和解"并非指八法中的

和解法而言，乃是轻证要用“和缓”、“轻微”的治法之意。如“病痰饮者，当以温药和之”（《金匮·痰饮咳嗽病篇》），此“和”字乃“微温法”；“太阳病，若吐，若下，若发汗后，微烦，小便数，大便因硬者，与小承气汤，和之愈”（第250条），此“和”字乃“缓下法”，同样，“宜桂枝汤小和之”的“和”字乃“轻汗法”而非和法。故读仲景书，必须读到字的背后，切忌只看字面。

一种认为缓消法即和法。如有人说：“可以把‘痞’证看作一种轻型的‘结胸’证”，痞证之所以不用大陷胸汤，是因为轻证不能施“峻利”之剂，因而才用泻心汤这种“比较缓和的治疗方法”。[8]笔者认为，结胸乃有形之水热互结，痞证乃无形之寒热交错，因而结胸与痞证的区别不在于程度上的轻重，而在病情上的虚实；大陷胸汤乃消逐水饮之剂，泻心汤乃和解脾胃之法，因而大陷胸汤与泻心汤的区别并不在程度上的峻利与和缓，而在治疗大法上的消逐与和解。

（二）和法的运用

伤寒病不是单纯的，而是极其错综复杂的；不是静止的，而是变化无常的，因而，仲景常根据临床实际情况，将和法与他法灵活运用。

1．根据病情的虚实，和法与他法先后使用　如第100条：“伤寒，阳脉涩，阴脉弦，法当腹中急痛，先与小建中汤；不差者，小柴胡汤主之。”“阳脉涩”者，脾胃之气阴不足；“阴脉弦”者，少阳之邪热仍在，乃少阳并里虚之证。根据表里同病，里虚者先里后表的原则，先以小建中汤补虚缓急以安中土；若病情没有好转，再服小柴胡汤和解少阳以撤外邪。又如第104条：“伤寒十三日，胸胁满而呕，日晡所发潮热，……潮热者，实也。先宜服小柴胡汤以解外，后以柴胡加芒硝汤主之。”“胸

胁满而呕”者，少阳枢机不利；“日晡所发潮热”者，阳明里实欲结，根据表里同病，里实者先表后里的原则，先服小柴胡汤以和少阳，后服柴胡加芒硝汤兼攻阳明。

2.根据症状的兼夹，和法与他法配合使用　少阳外临太阳，内近阳明，与二经关系最为密切，因而，常兼夹二经的症状。如第146 条：“伤寒六七日，发热，微恶寒，支节烦痛，微呕，心下支结，外证未去者”，乃太阳与少阳合病，以柴胡桂枝汤和汗并用。又如第136条:“伤寒十余日，热结在里,复往来寒热者”，乃少阳与阳明合病，用大柴胡汤和而兼下。

3.根据证候的进退，和法与他法变通使用　伤寒证是时刻变化的，治法也必须相应也跟着变化。如296条：“本太阳病不解，转入少阳者，胁下硬满，干呕不能食，往来寒热，尚未吐下，脉沉紧者，与小柴胡汤。”证候由太阳转入少阳，治法也相应地由麻桂之汗法改用小柴胡汤之和法。又如第97条：“血弱气尽……小柴胡汤主之。服柴胡汤已；渴者属阳明，以法治之。”证候由少阳转属阳明，治法当然要变,究竟改用何法呢？仲景未明言,因邪入阳明，有“经”、“腑”二证，入经则用白虎之清法，入腑则用承气之下法，可根据具体证候而定。

参考文献

〔1〕程钟龄.医学心悟.北京：人民卫生出版社，1981
〔2〕周石卿.伤寒论有关和法的探讨.福建中医药，1963；（4）：11
〔3〕张锡纯.医学衷中参西录.石家庄：河北科技出版社，1985
〔4〕冉小峰.论伤寒论的药剂技术.中医杂志，1956；（10）：17
〔5〕中医研究院.岳美中论医集.北京：人民卫生出版社，1980
〔6〕任应秋.中医各家学说.上海：上海科技出版社，1980
〔7〕庞祝如.伤寒论的治疗八法分析.浙江中医杂志，1957；（3）：71
〔8〕俞天农.从经方泻心汤谈到伤寒论的辨证基础与实践.浙江中医杂志，1958；（3）：56

吐 法

吐法是以涌吐药为主治疗上部疾患的一种治疗方法。《素问·至真要大论》"其高者，因而越之"是仲景立法的主要依据。仲景吐法主要是涌吐痰食。

涌吐痰食法以瓜蒂为主药，常配伍赤小豆等药，适用于痰涎壅塞胸中或宿食停滞于上脘的病证。若痰食较甚，症见"病如桂枝证，头不痛，项不强，寸脉微浮，胸中痞硬，气上冲喉咽不得息"，用瓜蒂伍赤小豆，名瓜蒂散，涌吐痰食；若痰食较轻，症见"身热疼重，脉微弱"，用瓜蒂一味，名一物瓜蒂汤，涌吐痰食。瓜蒂散后人或有用者，一物瓜蒂汤则很少人使用。《伤寒发微》载一医案，使用一物瓜蒂汤甚为得法："仲师于《金匮》出一物瓜蒂汤，历来注家，不知其效用。予治新北门永兴隆板箱店五郎亲试之，时甲子六月也，予甫临病者卧榻，病默默不语，身重不能自转侧，诊其脉则微弱，证情略同太阳中暍，独多一呕吐，考其病因，始则饮高粱酒大醉，继以井水浸香瓜五六枚，卒然晕倒。因念酒性外发，遏以凉水浸瓜，凉气内薄，湿乃并入肌腠，此与伤冷水水行皮中正复相似。予乃使店友向市中取香瓜蒂40余枚，煎汤进之，入口不吐。须臾尽一瓯，再索再进，病者即沉沉睡，遍身微汗，迨醒而诸恙悉愈矣。"

察病位　涌吐法主要是使停留在咽喉、胸膈、胃脘间的痰涎、宿食从口吐出，适用于病在上焦者，若病在中焦或下焦者，不宜使用。

知禁忌　瓜蒂是剧烈的催吐药，只适于体壮邪实者，若体质

虚弱的老人、妇女、小孩，则禁止使用。

善调养　涌吐过后，即使病邪已去，病人也会大伤津液与中气，因此，一要注意适当休息，二要以稀粥调养脾胃而生津液。

涩法

涩法是以收涩药为主治疗精血津液滑脱的一种方法。《素问·至真要大论》"散者收之"是仲景立法的主要依据。仲景涩法分涩肠固脱和涩精止遗2类。

（一）涩肠固脱

涩肠固脱法以赤石脂、诃子为主药，常配伍干姜、粳米、禹余粮等药，适用于痢疾泄泻滑脱不禁者。若脾虚肠滑，症见腹痛下痢，便脓血，用赤石脂伍干姜、粳米，名桃花汤，温脾涩肠；若肠虚滑脱，症见心下痞硬，下利不止，用赤石脂伍禹余粮，名赤石脂禹余粮汤，涩肠固脱；若肺虚肠滑而致气利，单用诃子为散，名诃黎勒散，敛肺涩肠。此法的用药要点是赤石脂入汤剂须重用，入散剂须轻用。如仲景赤石脂禹余粮汤赤石脂入水煎煮，重用至1 斤；而桃花汤中赤石脂为末服，仅用1方寸匕。

（二）涩精止遗

涩精止遗法以龙骨、牡蛎为主药，常配伍桂枝、天雄等药，适用于虚劳病症见滑精、少腹弦急、阴头寒、目眩发落、脉极虚芤迟者。若心脾阳虚，用龙骨、牡蛎伍桂枝等药，名桂枝加龙骨牡蛎汤，温补心脾，涩精止遗；若心肾阳虚，用龙骨伍天雄、桂枝等药，名天雄散，温补心肾，涩精止遗。此法的用药要点有二：一是证轻者单用龙骨，证重者并用龙骨、牡蛎。二是天雄服用量须轻，否则有竭阴之弊，故仲景天雄散每次仅服半钱匕，"不

知，稍增之”。

知标本　收涩药毕竟是治标之药，只能收敛于一时，而不能救其根本，因此，必须察其本是阴虚、阳虚，亦或气虚、血虚，分别适当配伍补阴、补阳、补气、补血之品，标本同治，方能收到理想的效果。

守禁忌　收涩药虽然有固精止泻的功能，但用之不当，亦有敛邪之弊，因此，只能用于久病滑脱不禁纯虚无实者，若外有表邪或内有湿热积滞者，均不宜单独使用，以免固闭邪气。

利 法

利法是以利水药为主通利小便的一种治疗方法。《素问》“洁净府”、“其下者，引而竭之”是仲景立法的主要依据。仲景利法分化气利水、清热利水、补气利水、滋阴利水、滑窍利水、活血利水6类。

（一）化气利水

化气利水法以泽泻为主药，常配伍桂枝等药，适用于膀胱气化不利，水蓄下焦，症见发热恶寒，口渴欲饮，小便不利者，代表方是五苓散。方中泽泻辅以茯苓、猪苓利水渗湿，佐以桂枝温化膀胱之气，更佐白术健脾以助运化水湿之力。此法的用药要点是泽泻必须重用，如仲景五苓散中泽泻用一两六铢，而猪苓、茯苓、白术仅各用十八铢，泽泻用量约是其他药的2倍。此外，方中桂枝不能随意减去，因化气利水法关键靠桂枝化气，临床上四苓散不如五苓散的功效好，也就是无桂枝化气的缘故。

（二）清热利水

清热利水法以茵陈为主药，常配伍泽泻、茯苓等药，适用于湿热内阻的黄疸病，代表方为茵陈五苓散。方中茵陈辅以泽泻、二苓利水，桂枝化气，白术健脾。此法的用药要点是茵陈必须重用。仲景在茵陈五苓散中茵陈用10分，五苓散五味药用5分，茵陈用量是其他5味药用量总和的2倍。近代人用茵陈五苓散疗效常常不佳，就是没有注意到茵陈与五苓散的比例。

（三）补气利水

补气利水法以黄芪为主药，常配伍防己、桂枝、白术等药，适用于气虚水泛的病证。若气虚而风湿为患，症见脉浮身重，汗出恶风，用黄芪伍防己、白术等药，名防己黄芪汤，补气利水而驱风湿；若气虚而皮水为患，症见四肢肿，聂聂而动，用黄芪伍防己、桂枝等药，名防己茯苓汤，补气利水而消水肿。此法的用药要点是黄芪、防己的用量要根据症状的轻重而定，轻证用量轻，重证用量重。如防己黄芪汤证较轻，因而方中黄芪用一两一分，防己用一两；防己茯苓汤证较重，因而方中黄芪、防己各用三两，是前者的3倍。

（四）滋阴利水

滋阴利水法以猪苓为主药，常配伍阿胶等药，适用于阴虚水热互结，症见发热，口渴欲饮，小便不利，或兼心烦不寐，或兼咳嗽下利者，代表方是猪苓汤。方中在猪苓、茯苓、泽泻、滑石等大队利水药中加入阿胶滋阴，利水而不伤阴。此法的用药要点是方中各药均不能久煎，尤其是阿胶，只能在其他药稍煎后去渣入内烊化，若久煎煮则功效尽失。

（五）滑窍利水

滑窍利水法以葵子为主药，常配伍茯苓，适用于胎阻水气，症见“身重，小便不利，洒淅恶寒，起则头眩”，代表方是葵子茯苓散。妇人妊娠水肿即后世所称之“子肿”，葵子滑利通窍，茯苓淡渗利水，二者合用则小便通利，诸症自愈。此法的用药要点是葵子之量必须大于茯苓，仲景葵子茯苓散中葵子用一斤，茯苓用三两，葵子用量是茯苓的5倍多。但因葵子能滑胎，故病人尤其是孕妇每次服用量不宜大，试看葵子茯苓散每次用量仅为1

方寸匕即可知。

（六）活血利水

活血利水法以滑石为主药，常配伍血余、白鱼，适用于淤血内阻而水气不利，症见少腹胀满、小便不利者，代表方是滑石白鱼散。方中“白鱼”亦名“衣鱼”、“蠹鱼”，多生于破旧的古书中，最善活血化淤。此法的用药要点是血余要依法炮制，以在锅内用文武火煅至色黑发亮、质轻而断面呈蜂窝状为佳，火候不到及火候太过均无效。

知药用　所谓“知药用”就是透彻了解并充分利用各种药的不同作用。如黄芪既能补气又能利水，那么补气利水药应首选黄芪；猪苓既能滋阴又能利水，那么滋阴利水药应首选猪苓。又如桂枝有化气和发汗的双重作用，那么，在既有表证又有气化不利的时候应首选桂枝。

重配伍　用利水药要视不同的病证作适当的配伍，如水气在表，就应配伍桂枝、生姜等发汗药；水气在血，就应配血余、白鱼等活血化淤药。

察病机　水气不利的主要特点是小便不利，但阳虚能引起小便不利，阴虚亦能引起小便不利，阳虚须补阳，阳气回复小便自利；阴虚须滋阴，阴液充足小便亦利，因此，必须详察其病机确为水气不利方可用利法，否则最易诛伐无过。

守禁忌　利法虽能使邪气从小便排出，但利法亦能相应地损失体内一部分津液，因而阴虚证一般不能单独使用利法；而且，即使体内津液不亏，利法亦只能中病即止，若一利再利，利之过度，亦能耗伤津液而致病。

滋 阴 法

古人认为“温病最善伤阴”，“伤寒最易伤阳”，因此，温病始终以救护阴津为主，而伤寒“处处为扶阳气而设”。实则不然。伤寒不仅能伤阳，亦能耗阴。这是因为：1、《伤寒论》所论之“伤寒”，乃广义的伤寒，其中也包括温病。如《伤寒论》第6条：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。”温热病极易灼津伤液。2、伤阳或伤阴，外邪虽是重要的条件，但决定性的因素却是人的体质。《伤寒论》所谓“淋家”、“疮家”、“汗家”“咽喉干燥者”，均为素体阴虚之人，若再发其汗，必致津伤而见“衄”、“便血”、“恍惚心乱、小便已阴疼”等阴虚之证。3、汗与二便均为津液所化生，若以火劫、温针发汗，或以峻利之品攻下，或汗而复汗、下而又下，汗出过多，液损过甚，津液虚于上则“口燥咽干”，夺于下则“小便难”、“大便硬”，亏于内则“胃中干、烦躁不得眠”，乏于外“身体则枯燥”。且阴虚则热生，“火气虽微，内攻有力，焦骨伤筋”；津竭则风动，“剧则如惊痫，时瘛疭”。4、寒邪久羁，蕴而化火，火热伤津，亦可形成“虚羸少气、气逆欲吐”之阴虚火旺之证。

仲景在《伤寒杂病论》中，不但指出了“亡津液”的病因病机，而且还提出了“存津液”的重要性，创立了许多滋阴益津的大法和名方，为后世温病学家开辟了养阴的先河。陈修园说：“读《伤寒论》数十年，然后悟出‘存津液’三字”，实为阅历之言。但目前对仲景养阴法论之者甚少，故笔者将其稍作归纳，以示后学。

（一）滋阴润燥

此法用于脏腑阴虚者，五脏主藏精者也，不可伤，伤则失守而阴虚。若心阴不足，肾水不充，则“常默默，欲卧不能卧，欲行不能行”，“如有神灵”（《金匮·百合狐惑阴阳毒病篇》），用百合地黄汤或百合鸡子黄汤滋阴补心肾；若肝阴不足，上扰神明，则“虚劳虚烦不得眠”（《金匮·血痹虚劳病篇》），用酸枣仁汤滋阴养肝；若脾阴不足，虚火上炎，则“悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥”（《金匮·血痹虚劳病篇》），用小建中汤滋阴补脾。

（二）滋阴补血

此法用于阴亏血虚者。《金匮·妇人妊娠病篇》：“妇人有漏下者，有半产后因续下血都不绝者，有妊娠下血者，假令妊娠腹中痛，为胞阻，胶艾汤主之。”妇人妊娠腹痛，若因经漏、小产或妊娠下血过多，造成阴虚血少，可用胶艾汤滋阴补血。

（三）滋阴益气

此法用于阴亏气虚者。《金匮·血痹虚劳病篇》：“虚劳里急，诸不足，黄耆建中汤主之。”“虚劳里急”，泛指腹痛、心悸、口燥、咽干等阴虚之证；“诸不足”，似专指气不足，故以黄耆建中汤滋阴补气。

（四）滋阴发汗

此法用于阴虚表邪不解者。《金匮·痉湿暍病篇》：“太阳病，其证备，身体强几几然，脉反沉迟，此为痉，括蒌桂枝汤主之。”痉病主要是因误汗误下伤津，筋脉失去濡养所致，一方面寒邪在表，一方面津乏于内，欲发其汗，恐伤其津；欲益其津，

又恐遏表，故用括蒌桂枝汤生津发汗。

（五）清热益津

此法用于阴虚火盛者。若胃中阴虚火盛，可见“时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升”（《伤寒论》第168 条），用白虎加人参汤，清热益胃津；若肾阴虚心火旺，可见“心中烦，不得卧”（《伤寒论》第303 条），则用黄连阿胶汤滋阴清火，交通心肾。

（六）滋阴泻阳

此法用于阴虚邪实者。《伤寒论》第247 条：“趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约，麻子仁丸主之。”“胃气强”者，胃中邪热实；脾气约者，脾中阴液亏，乃阴虚阳盛之证，故用麻子仁丸滋阴泻阳，脾胃双调。

（七）滋阴利水

此法用于水邪既盛，阴液亦亏者。《伤寒论》第316条：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”“咳而呕渴”，乃水邪困于肺胃；“心烦，不得眠”，乃阴虚热扰心神，故用猪苓汤利水滋阴。

（八）回阳摄阴

此法用于真阳不固，阴液欲竭者。《伤寒论》第315 条：“少阴病，下利脉微者，与白通汤；利不止，厥逆无脉，干呕烦者，白通加猪胆汁汤主之。”“干呕烦者”，乃阴邪内盛，真阳为其所逼而浮于上；“利不止，厥逆无脉”，乃阳虚不固，下利无度，真阴几竭于内。若单回其阳，反竭其阴，单滋其阴，真阳

谁固？故用白通加猪胆汁汤回阳摄阴。

（九）急下存阴

此法用于因阳盛而至阴虚者。《伤寒论》第253 条：“阳明病，发热汗多者，急下之，宜大承气汤。”《伤寒论》第320条“少阴病，得之二三日，口燥咽干者，急下之，宜大承气汤。”阳盛化火，火热灼津，不劫胃汁，必耗肾水。故急用大承气汤泻其亢盛之热，即以存未尽之津液。

津液是人体不可缺少的营养物质，它的存在，直接影响着疾病的发生、发展和预后。仲景滋阴九法，是补充体内津液的基本大法。因津液与阳气相互依赖，相互滋生，且滋阴药多粘稠而腻，用得不好，反能碍阳，故仲景运用滋阴法时，常佐以扶阳之品。如小建中汤，在重用饴糖、芍药滋脾的同时，又反佐桂枝以扶阳；胶艾汤在重用阿胶、四物补阴血的同时，又反佐艾叶以生阳。特别应该指出的是，仲景运用滋阴法时，非常注意辨疑似、察异同、明主次、寻途径。

辨疑似　阴虚的主要临床表现为口干、大便硬，而寒饮证、淤血证也都可能出现口干、大便硬，若不详加辨析，就会犯虚虚实实之戒。故仲景对疑似之证进行了明确的鉴别：阴虚乃津液不足，故口干“欲得饮水”，大便硬常与“小便难”并见；寒饮证乃水邪有余，故口干“饮水而呕”，大便“初头硬，后必溏”；淤血证乃病在血分，故口干“但欲漱水不欲咽”，“屎虽硬，大便反易”。

察异同　脏者，藏精气而不泻；腑者，传化物而不藏。故脏虚宜守，腑虚可通。仲景滋脾阴，用饴糖合甘草之守；益胃津，则用粳米伍半夏之通。同为五脏，因其特点不同，其用药亦不同，如心主神志，阴虚则神志恍惚，“如有神灵”，用百合补心宁神；肺主呼吸，阴虚则“火逆上气”，咳嗽咽干，用麦冬润肺

止咳。同为脏器，因其功能是多方面的，其用药也应有所不同，如脾主四肢，阴虚而“脚挛急”，用芍药为主舒筋缓急于外；脾又位于中焦，阴虚而“腹中急痛”，则用饴糖为主补虚止痛于中。

明主次　阴虚常与火盛并见，在疾病发展过程中，必须注意二者孰重孰轻，才能决定清热与生津孰主孰次。如白虎汤证、白虎加人参汤证与竹叶石膏汤证均为阴虚火盛之证，但白虎汤证往往发生在疾病初期，邪热盛而津伤轻，故清热兼以益津；白虎加人参汤证往往发生在疾病中期，邪热虽盛津伤亦甚，故用清热益津并举；竹叶石膏汤证往往发生在“伤寒解后”，热势已杀而津伤却甚，故用益津兼以清热。

寻途径　仲景滋阴，并非株守一法，往往通过各种途径以达目的。如治胃阴不足之证，既用甘寒生津的麦门冬汤直接补阴，又用泻热存津的大承气汤间接存阴。治大便燥结，既用麻子仁丸滋脾泻胃之内滋法；又用蜜煎导润肠通便之外润法；又如治心烦不眠，既用酸枣仁汤滋阴补肝之单纯滋阴法；又用黄连阿胶汤清心益肾之复合滋阴法。

治胃调脾法

几百年来，医者只知“脾胃之论，莫详于东垣”，而不知脾胃之治，莫精于仲景；只知“观叶氏之书，始知脾胃当分析而论”[1]，而不知究伤寒之法，早已将脾胃分调。故笔者不揣浅陋，将仲景治胃调脾八法，略述于下。

（一）清　胃

此法用于无形热邪蕴胃。若无形实热灼伤胃津，而见大渴饮冷，脉洪大者，用白虎汤以清胃滋阴；若无形实热迫血妄行，而见吐血、衄血，用金匮泻心汤以清胃凉血；若无形湿热蕴胃，不能外越，而见“身黄如橘子色，小便不利，腹微满者”（第260条），则用茵陈蒿汤以清胃利湿。

（二）温　胃

此法用于中阳素弱、胃中虚冷。胃属阳土，多见实热之证，但亦有胃阳素虚，或阳盛过用克伐之剂，耗伤正气而令胃阳虚者。若胃阳虚而见“干呕吐逆，吐涎沫”，用半夏干姜散温而散之；若胃阳虚而见“呕不能饮食，腹中满”、“上下痛而不可触近者”，用大建中汤温而补之；若胃阳虚而见“朝食暮吐，暮食朝吐，完谷不化，名曰胃反”，则用大半夏汤温而和之（《金匮·呕吐哕下利病篇》）。

（三）益　胃

此法用于热邪伤津，胃中“津液内竭”。胃津“内竭”，即

胃阴虚，虚者宜补，用麦门冬汤补益胃阴。麦门冬汤证——“火逆上气，咽喉不利”——虽列入《金匮·肺痿肺痈咳嗽上气篇》，但其病机实为胃津枯燥而虚火上炎，故仲景重用麦冬、粳米以养胃阴，少佐半夏以止逆气。

（四）降　胃

此法用于浊邪凝冱，胃气上逆。胃气以下为顺，胃虚浊聚，气失下行之机，上逆而为呕为吐、为哕为噫。若胃虚而痰气上逆，证见“心下痞硬，噫气不除者”，用旋覆代赭汤降痰气而和痞；若胃虚而痰火不降，证见“哕逆”者，则用橘皮竹茹汤降热痰而止哕。

（五）泻　胃

此法用于有形实热滞胃。实邪滞胃，可见“食入即吐”，用大黄甘草汤泻胃通浊。方中大黄荡热而通腑，甘草甘缓而和胃，使胃气降而吐自愈。

（六）温　脾

此法用于脾阳虚者。若脾阳虚而失健运之权，可见“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”（第273条），用理中丸温中健脾；若脾阳虚而乏统血之力，可见“下血，先便后血，此远血也”，则用黄土汤温脾摄血（《金匮·惊悸吐衄下血胸满淤血病篇》）。

（七）滋　脾

此法用于脾中阴阳俱虚者。自古只知脾有脾阳，而鲜知脾亦有脾阴。直到今天，大部分中医教材只强调小建中汤温脾阳的一面，不知小建中汤实为平补脾中阴阳之剂，从其主治来说，“虚劳里急，悸衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼、手足烦热、咽干口燥”（《金匮·血痹虚劳病篇》），确有虚热的一面，从其方剂组成

来看，以胶饴一升为君，重用芍药达六两，均为滋阴之品，少佐辛温之桂枝，取其阳生阴长、刚柔相济之意。

（八）燥　脾

此法用于寒湿困脾者。脾喜燥恶湿，故湿易犯脾。若寒湿渍脾，浸淫肌肤，而见“身目为黄”，暗晦似熏，仲景未及立方，只曰“于寒湿中求之”（第259条），以证测方，似宜用茵陈五苓散利水燥脾；若饮邪聚脾，遏阳运化，而见“心下逆满，起则头眩”，则用苓桂术甘汤渗湿健脾。

通过总结仲景治胃调脾八法，笔者有以下几点粗浅的体会：

1.脏腑内部的阴阳是其生理病理变化的根本，所以仲景十分注意脾和胃内部阴阳的协调和平衡。如治胃热烦渴，既用石膏知母清胃阳，又佐粳米益胃阴；治胃实呕吐，既用大黄苦寒泻胃邪，又佐甘草甘温养胃气。又如治寒湿困脾的心下逆满，既用茯苓利湿祛邪，又用白术补脾扶正；治脾虚腹痛，既重用芍药滋脾阴，又少辅桂枝温脾阳，使邪去正不伤，阴充阳不衰，达到“阴平阳秘”的目的。

2.胃为腑，脾为脏，胃腑脾脏各有不同的特点，所以仲景严格地区别脾胃的因、症、脉、治。从病因来说，胃属阳土，故胃易受实热之邪，所谓“实则阳明”也；脾属阴土，故脾易受虚寒之邪，所谓“虚则太阴”也。从症状来说，胃有实热则“腹满不减，减不足言”；脾有虚寒则“腹满时减，复如故”（《金匮·腹满寒疝宿食病篇》）；“脾气虚则鹜溏，胃气衰则身肿”（《金匮·水气病篇》）。从脉象来说，脉浮而缓，则“系在太阴”；脉实而大，则病在阳明。从治法来说，胃易实，可据其有形无形，或泻或清；脾易虚，可依其轻重缓急，用温用补。胃血鲜而易上逆，大黄伍芩连以降之；脾血暗而易下走，灶中黄土佐术附以摄之。胃湿常挟热，茵陈伍少量大黄以清之；脾湿多兼

寒，茵陈配五苓以燥脾利湿。而且，即使同为虚证，治法亦迥然不同。如同为阴虚，脾阴虚则用饴糖、芍药；胃阴虚则用粳米、麦冬。同为阳虚，脾阳虚则用白术、干姜守而补之；胃阳虚则用半夏、干姜温而通之。今人不知，往往以苓桂术甘汤为"健胃利水"，"小建中汤即为温中健胃"[2]，这样脾胃不分，阴阳莫辨，鲜有不误事者。叶天士说："治胃与脾迥别，古称胃气以下行为顺，区区术甘之守，升柴之升，竟是脾药。"[1]可谓千古卓识！

3. 脾与胃虽然各自具有不同的生理作用和病理特点，但其同居中焦，又是一个相互依存、相互联系的整体。胃纳不佳，会影响脾失健运；脾气不升，又会致使胃气不降，脾胃往往交互为病，在临床上要把它们截然分开几乎是不可能的，故仲景立法制方，治胃剂中常常伍以调脾之品，理脾方中常常辅以和胃之药，在有些时候，则用脾胃双调法。如《金匮·呕吐哕下利病篇》："呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。""呕"者，乃胃气不降；"肠鸣"者，乃脾阳不升。脾胃升降失调，痞满乃生。半夏泻心汤中，芩连和胃，胃和浊自降；干姜温脾，脾健阳自升，虽不用赭石之降与升柴之升，而升降之机自复，痞满诸证自愈。又如所谓"脾约"，乃胃强脾弱，脾胃不相协调所致。仲景一方面用枳实、大黄、厚朴，泻胃中阳邪；一方面用麻仁、芍药滋脾中阴液。把泻胃滋脾、抑阳强阴有机地结合在一起。

4. 人体经络相贯，脏腑相连，脾胃居中，为气血生化之源，与他脏的关系尤为密切，因而，脾胃受困，可波及他脏；他脏有病，亦可影响脾胃。所谓"见肝之病，知肝传脾，当先实脾"（《金匮·脏腑经络先后病篇》），就直接了当地说明了脏腑间的疾病是可以互相传变的，故仲景往往将脾胃与他脏同治。如咳嗽，胸满，面热如醉，呕吐，乃肺病传胃，用苓甘五味加姜辛半夏仁黄汤温肺泻胃；"腹疼，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者"（第316），乃脾肾虚寒，用真武汤温补脾肾；"四

逆”、“泄利下重者”（第318 条），乃肝脾不调，用四逆散调和肝脾；误下后伤及脾阳，又兼“微烦”者，用栀子干姜汤温脾清心。肺病及胃、脾肾虚寒、肝脾不调、心脾两病，在临床上并不少见，因此，深入地研究这些治法，对提高临床疗效是大有俾益的。

参考文献

〔1〕叶天士. 临证指南医案. 上海：上海人民出版社，1976

〔2〕郑元让. 从胃气学说探索伤寒论的证治经验. 浙江中医杂志，1980；(5)：16

止　血　法

《伤寒杂病论》中出血证有衄血、吐血、便血、妇人崩漏下血等。察其病因，一是误治邪郁不解；二是阳盛胃热熏蒸；三是气虚挟寒，阴阳不相维系；四是淤血阻滞，新血不循故道。究其治法，不外下列六种：

（一）发汗止血

此法适用于邪束肌腠的出血证。《伤寒论》第55条："伤寒脉浮紧，不发汗，因致衄者，麻黄汤主之。"此证乃风寒外束，腠理致密，邪气不得从毛窍发散，奔迫于上而致衄，故用麻黄汤开腠理而发汗，以血汗同源，邪随汗出而血自止。

（二）补血止血

此法适用于血虚不固的出血证。《金匮·妇人妊娠病篇》："妇人有漏下者，有半产后因续下血都不绝者，有妊娠下血者，假令妊娠腹中痛为胞阻，胶艾汤主之。"也就是说，不管是素患经漏，还是小产后阴道流血，或妊娠中突然下血，只要是因冲任脉虚，阴不内守，血不固摄，均可用胶艾汤治疗。临床实践证明，胶艾汤既有胶艾和阴益阳，又有四物汤补血摄血，治妇女崩漏下血确有卓效。

（三）清热止血

此法适用于邪热炽盛的出血证。《金匮·惊悸吐衄下血胸满

淤血病篇》："心气不足，吐血衄血，泻心汤主之。"心气不足何以会出血？尤在泾说："心气不足者，心中之阴气不足也，阴不足则阳独盛，血为热迫，而妄行不止矣。"[1]泻心汤中三黄苦寒清热凉血，且顿服以降其势，故止血之力甚著。尤其是方中大黄，既能清热，又能化淤，故凉血止血而无留淤之弊。此外，若湿热下注，偏渗大肠，仲景指出："下血先血后便，此近血也，赤小豆当归散主之。"热证出血为临床所常见，血得热则行，见凉而止，故清热止血法亦为临床常用之法。

（四）温阳止血

此法适用于阳虚不能摄血的出血证。出血证属阴虚阳盛者固多，但气虚挟寒者亦不少见，特别是血证的后期，血去过多，阳气随失，每多阳虚之证。若"吐血不止者，柏叶汤主之"；"下血，先便后血，此远血也，黄土汤主之"（《金匮·惊悸吐衄下血胸满淤血病篇》）。范文虎先生曾说过："服寒凉药止血，血得寒凉而凝结，血止是暂时的，血凝而不流畅，必致妄行而外溢，故愈后常复发；血得温则畅行，畅行则循环无阻，血循经不外溢，故愈后少复发。"[2]柏叶汤与黄土汤均为温阳止血之剂，但前者偏于降，后者偏于升；前者偏于驱阴寒，后者偏于扶正气。但不管前者与后者，用时必见面色苍白，唇淡口和，否则祸不旋踵。

（五）祛淤止血

此法适用于淤血阻滞的出血证。《金匮·妇人妊娠病篇》："妇人宿有症病，经断未及三月，而得漏下不止……所以血不止者，其症不去故也，当下其症，桂枝茯苓丸主之。"症乃淤血所积，阻塞经隧，不特无益于人体，反碍新血之化生，淤血不去，则新血不能安行无恙，经必妄走而为崩漏。桂枝茯苓丸活血化淤，淤去则血循故道，不止血而血自止。

（六）固涩止血

此法适用于滑脱不禁的出血证。《伤寒论》第307条："少阴病，二三日至四五日，腹痛，小便不利，便脓血者，桃花汤主之。"此证乃脾肾虚寒，下焦不固，故用桃花汤固涩止血，方中赤石脂涩肠止血以固下脱，干姜粳米调理脾胃以守中焦。赤石脂的用法是一半入煎，一半为末吞服，所以止血的效果比较显著。

不难看出，仲景治出血证，十分注重辨证施治，审其为寒，用干姜附子以温之；察其为热，则用大黄芩连以清之；表郁，用麻黄杏仁以开泄；血虚，则用当归阿胶以补摄。近人则不同，一见出血，辄用止涩之品，往往血止而淤留，遗患无穷。

一般说来，实热易迫血上行而为吐为衄，宜汗、清之法以抑邪；虚寒易致血下夺而为便血、崩漏，宜温、补之法以扶正。但亦不尽然。吐血亦有寒证，故仲景立柏叶之方；便血亦有热证，故仲景又有当归赤小豆之剂。

仲景不但创立了止血六法，而且在血证的辨证、立法、遣药上，都有独到之处。

在辨证上，仲景认为，出血并不一定都是坏现象。如《伤寒论》第46条："……服药已微除，其人发烦，目瞑，剧者必衄，衄乃解。"第109条："太阳病，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。"前条讲其人素体阳盛，腠理闭密，邪随血上行得衄而解；后条讲其人正气素旺，邪与血结，下行随大便排除而解，也就是说，不论血从上逆还是从下夺，都是邪随血出、躯体向安的征兆，因此不能再用任何止血之法。

在立法上，仲景认为，若单见出血，可以用一法；若出血与他证并见，单用一法不能解决问题，就要两法并用。如《伤寒论》356条："伤寒六七日，大下后，寸脉沉而迟，手足厥冷，下部脉不至，喉咽不利，唾脓血，泄利不止者，为难治。麻黄升麻汤主之。"此证上见咽痛吐血，下见泄利不止，乃上热下寒

之证，欲以清热之法止其血，恐碍下寒而泄利更甚；欲用温阳之法止其利，恐燥动血络而吐血不休。在这进退两难之时，仲景另开法门，用麻黄升麻汤温清并用，一举两得。

在遣药上，仲景认为气血互根，因此，用止血之法，不可不注意调气。如胶艾汤中，在用阿胶、当归、白芍、生地大队滋阴补血止血的同时，又少佐艾叶以温阳气；桂枝茯苓丸中，在用丹皮、桃仁、赤芍化淤止血的同时，又用桂枝以理气机。

如果对仲景的止血法理解不深，往往会曲解其意。如有人引《伤寒论》第56条："伤寒不大便六七日，头痛有热者，与承气汤；其小便清者，知不在里，仍在表也，当须发汗；若头痛者，必衄，宜桂枝汤。"众所周知，"宜桂枝汤"接在"则须发汗"句末，今为煞句，乃汉文兜转法也，并非说桂枝汤可止衄血。因表证之衄，大都是邪郁肌表，汗不得出乃作，只能用麻黄汤开表，若再用桂枝汤固表，是实其实而邪愈不得出，血永无宁日矣。故仲景说："凡服桂枝汤吐者，其后必吐脓血也"。即桂枝汤不但不能治衄血，用之不当，还有致吐血的可能。对此，徐灵胎是深有体会的，他说："风嗽挟火者服桂枝汤必吐血，百试百验。"〔3〕

参考文献

〔1〕尤在泾．金匮心典．上海：上海卫生出版社，1957
〔2〕上海中医学院．近代中医流派经验选集．上海科技出版社，1962
〔3〕叶天士．临证指南医案．上海：上海人民出版社，1976

止呕法

呕吐是临床上常见的症状，《伤寒论》六经病均有呕吐，《金匮要略》专设“呕吐哕下利病篇”，足见仲景是十分重视此症的。而且，其立法的谨严，用药的贴切，也足以启迪后学，故探讨仲景治呕之法，是十分有意义的。

（一）温中止呕

古称胃主受纳，脾主运化，故脾胃病，往往容易发生呕吐。若胃有寒则“呕不能饮食，腹中寒，上冲皮起，出见有头足，上下痛而不可触近”（《金匮·腹满寒疝宿食病篇》），用大建中汤温胃以止呕；脾有寒则“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”（《伤寒论》第273条），用理中汤温脾以止呕。

（二）清热止呕

伤寒初期，发汗吐下后，邪热入里，可见“虚烦不得眠”而“呕”（第76条），用栀子生姜豉汤清郁热止呕；伤寒后期，邪热遏胃，耗伤气阴，可见“虚羸少气，气逆欲吐”（第397条），用竹叶石膏汤清虚热止呕。

（三）泻实止呕

实热积于胃，胃失下行之权，可见“食已即吐”（《金匮·呕吐哕下利病篇》），亦可见“心下温温欲吐而胸中痛，大便反溏，腹微满，郁郁微烦”（第123条），均可用大黄泻胃中实热，前者用大黄甘草汤，后者用调胃承气汤。

（四）补虚止呕

胃虚不能熟腐水谷，可见“朝食暮吐，变为胃反”“胃反呕吐者，大半夏汤主之”（《金匮·呕吐哕下利病篇》）。

（五）和解止呕

大法止呕，寒者可温，热者宜清，实者用泻，虚者须补，若不寒不热，非虚非实，则用和解法以止之。“呕而发热者”（第379条），用小柴胡汤以和解少阳；“呕而肠鸣，心下痞者”（《金匮·呕吐哕下利病篇》），则用半夏泻心汤以调和脾胃。

（六）降逆止呕

胃属腑，其气以下行为顺，若不下行而反上逆，则见“哕逆”（《金匮·呕吐哕下利病篇》），或“心下痞硬，噫气不除”（第161条），前者用橘皮竹茹汤降逆清虚热，后者用旋覆代赭汤降逆除痞满。

（七）催吐止呕

实邪壅胃，偏于下者可用泻法，偏于上者则须用吐法。如“心中温温欲吐，复不能吐”“手足寒，脉弦迟者”（324条），仲景只曰“当吐之”，而未立方，以笔者之见，似宜用瓜蒂散。

（八）利水止呕

水饮停滞，可以发生多种病变：如“渴欲饮水，水入则吐者，名曰水逆，五苓散主之”（第74条）；“胃反，吐而渴欲饮水者，茯苓泽泻汤主之”（《金匮·呕吐哕下利病篇》）；“咳而呕，渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之”（第319条）。

这八种治法，是仲景治呕吐的大法，仲景在运用八法时，十

分注意别类证、明标本、辨用药、察预后。

别类证

《伤寒杂病论》所论之呕吐，有“干呕”、“欲吐”“呕逆”、“吐逆”、“心烦喜呕”、“常自吐蛔”、“食已即吐”、“朝食暮吐”等等，其病机不同，治法各异，仲景都一一作了详细的鉴别。

1.干呕　有声有物为呕吐，干呕者，乃有声而无物。干呕须分虚实：十枣汤证之干呕，与短气、心下硬满、引胁下痛并见，乃胃中实、结热上干；甘草泻心汤证之干呕，与心烦、心下痞而不痛并见，乃“胃中虚，客气上逆”。干呕亦须分寒热，半夏干姜散之干呕，与吐逆吐涎沫并见，乃胃中有寒；黄芩加半夏生姜汤之干呕，与口苦热利并见，乃胃中有热。

2.欲吐　瓜蒂散证之“温温欲吐”，乃“胸中实”，宿食滞于上；竹叶石膏汤证之“气逆欲吐”，乃胃阴虚，气阴损于中；四逆汤证之欲吐不吐，乃阴邪盛，肾阳虚于下。

3.朝食暮吐　朝食暮吐，名曰胃反。大半夏汤证之胃反属虚，乃胃阳不足，宜补宜温；茯苓泽泻汤证之胃反属实，乃胃水有余，故宜化宜利。

4.入口即吐　五苓散证之“入口即吐”，为水入即吐，且与“小便不利”并见，乃胃中停水不化，膀胱气化失职；乌梅丸证之入口即吐，乃“食则吐蛔”，且与“常自吐蛔”并见，乃胃中寒热错杂，虫从中生；大黄甘草汤证之入口即吐，为“食入即吐”，且与大便干结并见，乃胃中实热阻滞，气不下行。

明标本

从疾病的先后来说，旧病为本，新病为标。如妇人吐涎沫，医生误下后又出现心下痞，则吐涎沫为本，心下痞为标，此时，“当先治其吐涎沫，小青龙汤主之；涎沫止，乃治痞，泻心汤主之”（《金匮·妇人杂病篇》）。又如呕吐虽在胃，但他脏先病，

影响脾胃，亦可致呕，则他脏为本，胃为标。“干呕、发热而咳”（第40条），乃肺寒传胃，用小青龙汤温肺祛邪；“呕而脉弱，小便复利，身有微热”（第377条），乃水寒侮土，用四逆汤回阳救逆。

从疾病的病因与症状来说，病因为本，症状为标。如呕吐因痈脓引起，则痈脓为本，呕吐为标，此时，“不可治呕，脓尽自愈”（《金匮·呕吐哕下利病篇》）。又如“病人欲吐者，不可下之”；“食已即吐者，大黄甘草汤主之”（《金匮·呕吐哕下利病篇》），为什么同是呕吐，一曰“不可下”，一则径用下法呢？这也与标本有关，因为前者上窍闭塞引起下窍不通，其吐为本，下窍不通为标，涌其实而下窍自通；后者下窍不通引起上窍闭塞，下窍不通为本，呕吐为标，通其下窍而呕吐自止。

辨用药

《金匮·呕吐哕下利病篇》：“诸呕吐，谷不得下者，小半夏汤主之。”小半夏汤乃治一切呕吐的通治方。方中只有两味药：半夏、生姜。毫无疑问，这两味药是治呕吐的主药，生姜既能制半夏之毒性，又能协同半夏共同发挥止呕的作用，故仲景常将二药并用，但二药在运用上又有所区别：仲景于桂苓五味甘草去桂加姜辛半夏汤，呕者“内半夏”，于理中汤中，呕者“加生姜”，因前方加半夏“以去其水”；后方加生姜以散其寒。于黄芩汤则既加半夏又加生姜，是取二药的协同作用以加强止呕的力量。

察预后

1. 以呕与渴的先后察预后　仲景认为：“先呕却渴者，此为欲解；先渴却呕者，为水停心下，此属饮家。”（《金匮·呕吐哕下利病篇》）呕吐多因饮邪作祟，呕吐后口渴，是饮去阳复的表现，故云欲解；口渴后呕吐，乃素体阳虚，水饮停胃，津不上承，口渴思饮，饮入不化，逆而呕作，其病久，其邪深，故不易

治。

2.以病情的虚实察预后　一般来说，实证易复，虚证难愈。如“胃反”、“本呕下利”，“腹满加哕”，均为呕吐后期阶段所出现的险症，预后均不好。但是，“胃反”与“吐而渴欲饮水”并见，乃胃实而有水，易愈；若与“脉紧而涩”并见，乃“脾伤则不磨”，故“其病难治”。“本呕下利”与“手足不逆冷，反发热者”并见，（第292条），乃阴液复而阳气回，故曰“不死”；若与“躁烦、四逆”并见（第296条），乃阳气亡而阴邪盛，故曰“死”。腹满而哕与“不尿”并见（232条），乃真阴竭绝，属虚，故“不治”；若与二便不利并见（《金匮·呕吐哕下利病篇》），乃腑不通利，属实，故“利之即愈”。

外 治 法

外治法是一种十分重要的治疗手段。仲景《伤寒杂病论》中有关外治法的内容很丰富，现归纳介绍如下。

（一）外 敷 法

外敷法是把药物研成细粉，分别选用醋、酒、水或麻油等赋形之品调敷患处的方法。如《金匮·疮痈肠痈浸淫病篇》："浸淫疮，从口流向四肢者可治，从四肢流来入口者不可治。浸淫疮，黄连粉主之。"浸淫疮是心脾湿热所致的黄水疮，初如疥，搔之则流水。黄连粉方未见，近人欧阳履钦拟用黄连30克，儿茶、苍耳各6克，红粉、扫粉、升药（由水银、硝盐、皂矾等升炼）各3克，九一丹、冰片各1.5克，研极细末，麻油或凡士林调。凡皮肤生疮，痛痒灼热，破流黄水，溃烂日广者，用之均有卓效。

（二）搐 鼻 法

搐鼻法是把药物制成散剂，搐于鼻中的方法。如《金匮·痉湿暍病篇》："湿家病身疼发热，面黄而喘，头痛鼻塞而烦，其脉大，自能饮食，腹中和无病，病在头中寒湿，故鼻塞，内药鼻中则愈。"本病不在腹而在头，若内服汤药，恐头中之病未除，腹内胃气先伤，故用药直接塞于鼻中。究竟用何药？历来医家认为可用瓜蒂散，即瓜蒂一味研末为散，搐鼻取嚏。

（三）坐　　法

坐法是把药物制成坐药，置于阴道或肛门的方法。如《金匮·妇人杂病篇》："蛇床子散方，温阴中坐药。"其法以蛇床子一味为末，用白粉调和如枣大，绵裹纳其阴中。此法至今还作煎洗剂外用于临床。

（四）栓　　法

栓法是把药物搓成细条栓状，插入患部的方法。如《伤寒论》第233条："阳明病，自汗出。若发汗，小便自利者，此为津液内竭，虽硬不可攻之；当须自欲大便，宜蜜煎导而通之。"其法以蜜置铜器中火煎，然后丸作二寸长的细条状，俟欲大便时乘热插入肛门，对于老弱津液内竭的大便干结甚为相宜。

（五）洗　　法

洗法是用水、酒或药液淋洗、浸泡患部的方法。如《金匮·妇人杂病篇》："少阴脉滑而数者，阴中即生疮。阴中蚀疮烂者，狼牙汤洗之。"妇人阴中生疮，脉滑而数，乃湿热相合，流注下部，可用狼牙煎汤洗之。此外，狐惑病用苦参煎水熏洗；百合病，用百合浸水洗身；脚气冲心，用矾石浆水煎水浸脚，均为仲景使用洗法的范例。

（六）熏　　法

熏法是用药物燃烧后，利用其烟气熏患部的方法。如《金匮·百合狐惑阴阳毒病篇》："狐惑之为病，状如伤寒，默默欲眠，目不得闭，卧起不安，蚀于喉为惑，蚀于阴为狐。……蚀于肛者，雄黄熏之。"尤在泾认为："狐惑，虫病，即巢氏所谓䘌病也。"其症状为肛门溃烂，仲景以雄黄置于两片瓦之中，以火烧

之，取其烟气上熏肛门。考雄黄辛温，有燥湿解毒杀虫之功，故可治狐惑蚀于肛者。

（七）含 噙 法

含噙法是以内服药少量频频含咽，使药力作用于咽喉，从而达到治疗咽喉疾患的方法。如《伤寒论》第312条："少阴病，咽中伤，生疮，不能语言，声不出者，苦酒汤主之。"其服法是：鸡蛋一枚去黄，倒入苦酒（米醋），放火上煮二三沸，少少含咽。徐灵胎说："咽中伤生疮，疑即阴火喉癣之类，此必迁延病久，咽喉为火所蒸腐，此非汤剂之所能疗，用此药敛火降气，内治而兼外治法也。"王占玺用此方法治疗口腔溃疡、咽炎、小儿重舌及走马牙疳等，均有一定效果。朱颜用治喉头结核亦效。

此外，仲景还用附子、盐等药物摩顶以治偏头风；热泥等温熨以治中暍；猪胆汁灌肠以治津伤便秘；肉桂末含舌下以治尸厥等，丰富了中医外治之法。

仲景外治常与内治结合使用，有时，同一方药，既用于内治，又用于外治。如《金匮》治疗金疮的王不留散，"小疮即粉之，大疮但服之"。小疮邪浅在外，故用外敷法；大疮邪深入里，故用内服法。

外治之法直接作用于病所，副作用较少，但也不是有百利而无一弊，用之不当，亦可变证丛生。如《伤寒论》141 条："病在阳，应从汗解之；反以水潠之，若灌之，其热被劫不得去"，病情亦必更严重。《伤寒论》中很多坏病就是因为误用温熨、火劫等外治之法造成的，故临床对外治法的运用亦应谨慎小心。

寒热并用法

（一）寒热并用的适应证

寒和热是机体阴阳偏盛偏衰的反映，由于人体复杂而多变，故寒和热的表现错综复杂。观《伤寒杂病论》，其中许多证候是兼具寒热的，因而仲景立方亦多寒热并用，总其大要，不外五种：

1.外寒内热证　如《伤寒论》第38条："太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之。"此证外有寒邪，内有郁热，故以麻黄汤散表寒，同时以石膏清里热。类似的方剂还有桂枝加大黄汤、白虎加桂枝汤等。

2.上热下寒证　如《伤寒论》第173条："伤寒，胸中有热，胃中有邪气，腹中痛，欲呕吐者，黄连汤主之。"此胸中之热不降，上炎而作呕，故用黄连苦以降之；胃中之寒不散，攻冲而作痛，故用干姜温而散之。类似的方剂还有干姜黄芩黄连人参汤、栀子干姜汤。

3.寒热交结证　如《金匮·呕吐哕下利病篇》："呕而肠鸣，心下痞者，半夏泻心汤主之。"脾胃为上下出入升降之枢纽，寒热互结，阻于中焦，阳不得降而为呕，阴不得升而为肠鸣，故黄连与干姜同用，苦辛开降以治痞。类似的方剂还有甘草泻心汤、生姜泻心汤、柴胡桂枝干姜汤。

4.真寒假热证　如《伤寒论》第315条："少阴病，下利，脉

微者，与白通汤；利止，厥逆无脉，干呕，烦者，白通加猪胆汁汤主之。”此为下有真寒，上有假热，故用白通汤回阳散其真寒，人尿、猪胆汁反佐清其假热。类似的方剂还有通脉四逆加猪胆汁汤。

5.寒热错杂证　如《金匮·趺蹶手指臂肿转筋阴狐疝蛔虫病篇》：“蛔厥者，当吐蛔，今病者静而复时烦，此为脏寒，蛔上入膈，故烦，须臾复止，得食而呕又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔。蛔厥者，乌梅丸主之。”结合《伤寒论·厥阴篇》分析，乌梅丸证应为上热下寒，但方中黄连与干姜同用虽能治上热下寒，而桂枝与黄柏同用又可治上寒下热，以方测证，实为寒热错杂。类似的方剂还有麻黄升麻汤、鳖甲煎丸。

这五种证候虽各具特点，但有一个共同之处就是寒证和热证同时存在。这样错综的证候在同一机体发生如何理解呢？有多种原因：

一是素体阳盛，又感寒邪；或素体阳虚，感寒之后郁久化热，都可产生寒热混杂的证候，前者往往见于三阳证中，后者往往见于三阴证中。

二是寒邪和热邪同时侵犯人体，也会导致寒热混杂。笔者曾治一农民，男，27岁，面色黝黑，胸痞，腹痛，喘促，烦躁，口干不思饮，舌苔黄白，脉沉弦。自述病已两月，治疗未效。仔细询问，了解到患者于三伏天在瓜棚下打铁，口干饮用多量冷水而发病，为寒热夹杂之证。忆及《金匮》木防己汤条：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，……”与此病相符，投木防己汤，服药一剂，病即霍然而愈。此证暑热冷水互结于中，汤中桂枝辛温行其寒，石膏辛寒去其热，寒热并用，药证相合，效如桴鼓。

（二）寒热并用的规律

但是，问题的关键不仅在于找到寒热混杂证候产生的原因，

更重要的是找出寒药和热药在一起运用的规律，以便有效地用于临床。仲景寒热并用的规律主要是：

1.识药性　寒热并用，并非杂乱无章的凑合。徐灵胎说，寒热并用"必本古人制方成法而神明之，若竟私心自用，攻补寒热杂乱不论，是又杀人之术也"[1]。仲景方中用寒热药的特点有二：一是配伍有度。干姜与黄连可治胃中寒热失调；大黄子与附子可治肠中寒热紊乱；麻黄与石膏能治外寒内热；栀子与干姜能调上热下寒。尤其值得指出的是，仲景治真寒假热的白通加猪胆汁汤，为什么不伍以芩、连之苦寒，却用人尿与胆汁反佐呢？这是因为此证不特阳亡于上，而且真阴亦几殆尽，芩、连苦寒偏于燥湿，湿燥则反能伤阴，而人尿、胆汁咸寒苦降可以滋阴，而使阴阳相济。二是讲究煎法。半夏泻心汤与黄连汤都是干姜与黄连相伍，但前方治寒热交结于一处的痞证，而后方却治寒自寒、热自热的上热下寒证，故煎法有别。黄连汤煎一次，各药间涉淆较轻，黄连走上清上，干姜走下温下；半夏泻心汤去渣重煎，各药性味相互混和，黄连与干姜相合，和解中焦寒热兼夹之痞。至于附子泻心汤之所以既治外寒，又除热痞，也是因"以麻沸汤渍寒药，别煮附子取汁和合与服，则寒热异其气，生熟异其性，药虽同行而功则各奏"[2]。当然，从药理上进一步证实其科学性，尚待于今后。

2.察本质　大青龙汤治表寒里热证，通脉四逆汤治"下利清谷，里寒外热"。同样是治内外寒热的方剂，为什么一以麻黄与石膏寒热并用，一仅用姜附之热呢？这是因为大青龙汤证表寒为真寒，里热却为真热，而通脉四逆汤证其寒虽为真寒，其热却为寒极逼阳于外所生的假象。有时同样是真寒假热之证，用药亦不同，如通脉四逆汤证与白通加猪胆汁汤证，均为真寒假热证，但一则仅用大辛大热，一则大热反佐寒凉，此因后者不但阳亡于上，而且阴竭于下；前者仅是阴盛于内，阳浮于外，故施治有别。

3.辨主次　寒和热在疾病中有主次之分，多少之异，或寒轻

而热重，或热急而寒缓。如大青龙汤证，一派表寒之象，仅“烦躁”是里热，故仲景重用麻黄达六两，在大队表药中仅伍以鸡子大的石膏；而白虎加桂枝汤证里热为主，表寒为次，故重用石膏达一斤，在大队清里药中仅伍以三两桂枝。

4.达常变　常指一般规律，变指特殊规律，有常必有变。寒热相混则寒热并用，此言其常；寒热并用之方并不一定治寒热相混之病，此言其变。如寒热交结之痞证用半夏泻心汤；而“脉浮而迟，表热里寒，下利清谷”，却仅用四逆汤辛热之味；而麻杏甘石汤虽为寒热并用之方，却治肺热的咳喘。在临证时，只有通常达变，才能投剂精当。

5.明虚实　寒有实寒和虚寒之分，热有实热和虚热之异。审其实寒，则用巴豆、瓜蒂涌之；知其虚寒，则用干姜、附子温之。实热则须大黄、芒硝，虚热则用石膏、栀子。如《金匮·痰饮咳嗽病篇》：“膈间支饮……木防已汤主之，虚者即愈，实者三日复发，复与不愈者，宜木防已去石膏加茯苓芒硝汤主之。”其虚者，寒与无形之热相合，故用桂枝去寒，石膏清热；实者，寒与有形之热相聚，故仍用桂枝去寒，却改用茯苓利水，芒硝软坚而攻热。

参考文献

〔1〕徐灵胎.医学源流论.北京：人民卫生出版社，1957
〔2〕尤在泾.伤寒贯珠集.上海：上海科技出版社，1978

同方异用法

仲景《伤寒杂病论》中的方剂组方谨严，遣药精当，化裁有制，加减有法，因此，被后代医家称之为"经方之祖"。这和他"留神医药，精究方术"是分不开的，对于仲景的用方之术，前人曾作过不少深刻的研究，但对于他的同方异用之法，却未见有人作系统的阐述，本文试就这个问题，谈点个人的肤浅之见。

顾名思义，同方异用，就是药物组成完全相同的几个方剂，能发挥不同的作用，治疗不同的病证。笔者认为，仲景主要是通过方剂的用量、炮制、剂型和煎煮等法的变化，来实现"一方而治病迥殊"的。

（一）药量的变化

方药的剂量，是影响药物发挥作用的重要因素。相同的方剂，由于药物的用量不同，其在方剂中所起的作用就不同，甚至整个方剂的功能也发生了变化，当然，这主要是指方中君药份量的改变。如果把仲景同方中因药量不同，方剂的作用亦不同的情况归纳一下，大致可分三种：

1.因药量不同，主药的组成发生了变化　绝大多数的药物的作用并不是单一的，而是广泛的、复杂的。正如徐灵胎所说："盖药之功用不止一端，在此方则取其此长，在彼方则取其彼长，真知其功效之实，自能切中病情而得其力。"[1]一药在不同的方中因不同的配伍可具不同的作用，在相同的方中因剂量的不

同亦可具不同的作用。以桂枝为例来说，在桂枝汤与桂枝加桂汤中，均以其为主药，且都伍以芍药、生姜、甘草、大枣，但是，在桂枝汤中，桂枝用量为三两，其作用为和卫解肌，故桂枝汤能治因营卫不和而见“发热、汗出、恶风”的太阳表虚证；而在桂枝加桂汤中，桂枝的用量为五两，桂枝重用，则有平降冲逆的功能，故桂枝加桂汤治因心虚引起的“气从少腹上冲心”的奔豚病。同一方剂，因桂枝的用量不同，药物的功能和方剂的作用则迥然有异。

2.因药量不同，主药的作用发生了变化　如桂枝去芍药加附子汤与桂枝附子汤，都是由桂枝、附子、甘草、生姜、大枣五味药所组成，但桂枝去芍药加附子汤中炮附子只用一枚，桂枝附子汤中炮附子却用了3枚，故前方仅桂枝一味为君，后方由于附子份量的增加，主药的组成变为桂枝与附子两味。桂枝佐少量附子，作用为调和营卫、扶助卫阳；桂附同为君，作用为温经散寒、祛风除湿。故前方主治“太阳病，下之后，脉促，胸满”而“微恶寒者”，后方主治“伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩者”。

3.因药量不同，主药的地位发生了变化　例如小承气汤和厚朴三物汤，其药物组成均为大黄、厚朴、枳实。在小承气汤中，大黄四两为君，枳实三枚为臣，厚朴三两为佐使，而在厚朴三物汤中，厚朴的用量由二两增至八两，由佐使的地位上升为君，大黄虽仍用四两，却由君位退居于佐使的地位。小承气汤君大黄，臣枳、朴，意在荡积滞而攻下，故能治潮热谵语、大便秘结的阳明腑实证；三物厚朴汤厚朴佐枳、黄，意在疏气机而除满，故能治腹满便结之证。

此种情况和上述两种情况不同，在相同的方中，虽然药物的剂量变了，但药物本身的作用并没有改变，仅由于药物在方剂中所处的主次地位不同，整个方剂治疗的侧重点就有所变化。和此

相类似的还有桂枝麻黄各半汤和桂枝二麻黄一汤，两方药物的组成一模一样，药物本身的作用也相同，仅由于药量的增减改变了解肌与发汗双方力量的对比，因而两方主治之证也显然有差异，桂枝麻黄各半汤治疗太阳经证介乎表虚与表实之间，桂枝二麻黄一汤则治疗太阳经证介乎表虚表实之间而偏重于表虚的。

（二）炮制的变化

炮制之学，渊源已久。如《灵枢》半夏秫米汤所用之“制半夏”，即是经过炮制的半夏。至张仲景著《伤寒杂病论》，对炮制更加精益求精。如杏仁去皮尖，虻虫去翅足，大黄酒洗，枳实水渍……，炮制的目的很多，主要是改变药物的性能，使之适应千变万化的病证。值得研究的是，仲景仅仅通过炮制，使相同的药物在相同的方中起不同的作用，而达到同方异用的目的。如小半夏汤、生姜半夏汤、半夏干姜散三方，均由姜与半夏组成，但三方的主病却绝然不同，小半夏汤主治呕而不渴，生姜半夏汤主治“似喘不喘，似呕不呕，似哕不哕，彻心中愦愦然无奈者”，半夏干姜散主治“干呕吐逆，吐涎沫”。为什么方药相同而主治有别呢？就是因为姜的炮制方法不同：小半夏汤之姜用生而切片入煎，其性辛温，走而不守，降逆止呕，生姜半夏汤之姜用生而取汁入煎，生姜用汁，其性较烈，不但降逆，且能散结；半夏干姜散之姜用老而晒干，杵散入煎，其性辛热，守而不走，专趋中道。从而可知，由于姜的炮制方法不同，姜的作用就有降逆、散饮、温中的不同，从而使方同而治则异。

一千多年前药物的炮制法，现还有无临床意义呢？答案是肯定的，这从最近提取青蒿素的过程中得到了印证。开始，以常用的方法从青蒿中提取有效成份，实验证明无抗疟作用。后来，发现《肘后方》记载青蒿绞汁服用，受这一记载启发，他们改变原来的提取方法，终于提取出青蒿素这一有效成份，为防治疟疾走

出一条新路子[2]。同一青蒿，不同的提取法，含有不同的成分，发挥不同的功用，由此看来，古人对药物的炮制法是不能低估的。

（三）剂型的变化

古人因证以立法，因法而制方，不但注重方药的剂量和炮制，而且为了切合不同病情的特点，也非常重视方药的剂型。《伤寒杂病论》中剂型多达十几种，其中最主要的是汤剂和丸剂，仲景区别运用汤剂和丸剂的情况不外三种：1．汤、丸的药物组成不同，所适应的病情也不同，如大陷胸汤与大陷胸丸；2．汤、丸的药物组成相同，所适应的病情也相同，仅因效果的优劣而已，如理中丸与理中汤；3.汤、丸的药物组成相同，却适应不同的病情，如抵当汤与抵当丸。笔者想着重谈第三种情况。

抵当汤与抵当丸均由水蛭、虻虫、桃仁、大黄所组成，虽都治太阳蓄血证，但两者毕竟不同，前者症状较急，后者较缓；前者蓄血时间较短，后者较长。“汤者荡也”，故适宜于症状较重蓄血不久而宜急去者；“丸者缓也”，故适宜于症状虽缓但时间较长而不易速去者，二方仅以剂型之差，而攻消缓急的作用，便大不相同。

对于仲景以剂型的变换来达到同方异用的方法，张元素是深有领悟的，如他变仲景枳术汤为枳术丸，以治腹胀之证。枳术汤证之“心下坚，大如盘，边如旋盘”，乃“水饮所作”，宜用汤以荡涤之；枳术丸证之腹胀由食积所伤，故用丸以消磨之，二方虽同由枳实、白术组成，由于病因和症状都不同，故其剂型亦有宜汤宜丸的区别。

（四）煎煮的变化

徐灵胎说：“煎药之法，最宜深讲”“方药虽中病，而煎法失其度，其药必无效”[1]。仲景对于方药的煎煮之法是十分讲究

的，或“先煎”，或“后下”，或“微火消解”，或“去渣重煎”，“各有妙意，不可移易”，其尤妙者，同一方剂，因煎法不同，便可治不同的疾病，此即“换汤不换药”之法，如《金匮》泻心汤由大黄、黄连、黄芩三味药组成，《伤寒论》大黄黄连泻心汤虽诸本皆载仅大黄、黄连二味，但必是脱落一味黄芩，《千金翼方》有此看法，林亿也认为“后附子泻心汤用大黄、黄连、黄芩、附子，恐是前方中亦有黄芩，后但加附子也”。二方的药味应是完全相同的，可是，一治“心下痞，按之濡”，一治“心气不足，吐血衄血”。“按之自濡，但气痞耳”，既为无形之气聚，则为虚热无疑；而“心气不足者，心中之阴气不足也，阴不足则阳独盛，血为热迫则妄行不止矣”[3]，既为由阳盛迫血妄行，则为实热无疑。方药组成、剂量、剂型和炮制都完全相同，为什么却能治气血虚、实两种完全不同的病呢？就是因为仲景巧妙地运用了煎煮之法：《伤寒论》大黄黄连泻心汤是“以麻沸汤二升，渍之，须臾绞去滓，分温再服”，而《金匮》泻心汤是“以水三升，煮取一升，顿服之”。对于大黄黄连泻心汤的煎煮之法，《医宗金鉴》阐发得十分清楚：“观其以滚沸如麻之汤，渍大黄、黄连，须臾绞去滓，仅得其无形之气，不重其有形之味，是取其气味俱薄，不大泻下。”[4]更明确地讲，痞为虚热，仅取其气薄以清上，吐衄因实火，故取其味厚可降下。每一种药既有性、又有味，在某些方剂中，须用其性而舍其味；在某些方剂中，须取其味而避其性，此时，必用法以制之，或轻渍以淡其味，或久煮以抑其性。仲景的煎药法给我们临床上用方提供了极好的借鉴。

总之，药物组成相同的方剂，仅因剂量不同，或剂型各异，或炮制的变化，或煎煮的差别，其作用就大不一样。正如冉氏所说：“所以制法不同，则方制变；用量不同，则方制变；服法不同，则方制变。苟果义例自限，方制或有时而穷。活用原则，一药可合多方，一方可疗多病。”[5]不过还要说明的是：一般的一方也能多

用，但那和仲景的同方异用有本质的区别：一般的一方只有一法，而仲景的同方却是异法，如桂枝汤为解肌和卫法，而桂枝加桂汤却为平冲降逆法；小半夏汤为降逆止呕法，生姜半夏汤为温散寒饮法，而半夏干姜散却为温中消饮法。一般的一方多用，或病因相同，或病机相同，而仲景的同方异用法，病因不同——如桂枝去芍加附子汤证为表有风寒、内兼阳虚，桂枝附子汤证为风湿相搏；病机不同——如小承气汤证的病机是阳明腑实，厚朴三物汤证的病机是气机阻滞。若能熟练地掌握仲景同方异用法的精神，对于执简驭繁地使用方剂，发挥其最大的效率，有不可估量的意义。

参考文献

〔1〕徐灵胎.医学源流论.北京：人民卫生出版社，1957

〔2〕季钟朴，等.关于中西医结合及其研究途径的管见，新医药学杂志.1979；（4）：1

〔3〕尤在泾，金匮心典.上海：上海卫生出版社，1957

〔4〕吴谦，等.医宗金鉴.北京：人民卫生出版社，1973

〔5〕冉雪峰.八法效方举隅.重庆：科技出版社，1959

配 伍 法

仲景方又谓之经方，义理深邃，法度谨严，若用之得当，则效如桴鼓。其中的关键在于药物的配伍。但配伍的规律是什么？有哪些重要的原则？与其他因素的关系如何？对于这些问题，过去虽有不少医家论述过，但大都是从孤立的、静止的观点看待仲景方的配伍，因而往往得出片面的甚至错误的结论。笔者则试以唯物辩证法的观点谈一点粗浅的体会。

（一）配伍的规律

仲景方的配伍非常有规律，归纳起来，大致可分三类：

一类是相辅相成的配伍。即几种性味功能基本相同的药物互相配合起来，发挥协同的作用。如麻黄桂枝配伍，桂枝助麻黄以发汗；水蛭虻虫配伍，虻虫协水蛭以祛淤；附子配干姜，以热济热以退沉寒；大黄配芒硝，以寒助寒以下实积。此外，有些药物性味功能虽不同，但互相配合在一起，亦起协同作用，如肾气丸中，地黄伍桂附，补阴以生阳；五苓散中，桂枝伍二苓，化气以行水，亦应归于相辅相成的配伍之中。

二类是相反相抑的配伍。即几种性味功能截然相反的药物互相配合，产生互相制约的功效。如半夏泻心汤中，黄连与干姜，一寒一热；四逆散中，柴胡与枳实，一升一降；小青龙汤中，细辛与五味，一散一敛；十枣汤中，甘遂与大枣，一攻一补，均为相反相抑的典型配伍。

三类是相反相成的配伍。即性同味异或味同用反的几味药配

合在一起，既相互依赖，又相互抑制。如桂枝汤中，桂枝芍药相伍，一方面，桂枝甘温补气，芍药柔润滋阴，芍药之津能益桂枝发汗之源；另一方面，桂枝辛散，芍药酸敛，芍药之敛又可抑制桂枝发汗之力，可见芍药既能助桂枝发汗又能抑制桂枝不致大发汗，既相反又相成，是仲景方配伍的一大特点。

一般说来，相辅相成的配伍，是加强主药的力量，使其更好地扬其所长。徐灵胎说："盖药之功用，不止一端，在此方则取其此长，在彼方则取其彼长。"[1]如《神农本草经》载大黄的作用是："主下淤血，血闭寒热，破症瘕积聚，留饮宿食，荡涤肠胃，推陈致新，通利水谷，调中化食，安和五脏。"仲景若取其"破症瘕积聚"，则伍以水蛭、虻虫（抵当丸）；若取其"荡涤肠胃"，则伍以枳实、芒硝（大承气汤）；若取其"调中化食"，则伍以黄连、黄芩（大黄黄连泻心汤）。同一大黄，由于不同的配伍，就能发挥不同的作用。相反相抑的配伍，是抑制主药的力量，从而避其所短。如大黄䗪虫丸，主要是用大黄䗪虫活血逐淤，但逐淤之品，必能伤正，于"五劳虚极"不利，故又伍以干地黄十两以补虚，这样，就避免出现峻药伤耗正气的不利局面。相反相成的配伍，是加强药物的有利因素，抑制不利因素，以便扬其所长而避其所短。如半夏生姜汤中，半夏生姜相伍，一方面，半夏止呕，生姜亦能止呕，生姜助半夏，则止呕之力更强；另一方面，半夏有毒，但其畏生姜，生姜制半夏，则半夏之毒减弱。

（二）配伍的原则

仲景方配伍的原则，首先是整体性。仲景方之所以效验非常，一个重要的原因就是因为其方不是各个单味药物杂乱无章的堆积，而是一个互相联系的统一的有机整体。因此，药物一经这样很好地配伍之后，其作用既不是各个单味药的作用，也不是各

药作用简单相加之和，而是它们相互作用后的产物。如果对配伍的整体性认识不足，就会滑入形而上学的泥沼。如中医学院二版教材《中医方剂学讲义》说：大承气汤“四味，即针对痞满燥实而设，枳实消痞破结，厚朴除满行气，芒硝润燥软坚，大黄攻下除实，因此，使用本方，应以痞、满、燥、实为依据”。亦即认为大承气汤的作用是四味药作用的简单相加，此说不妥。遍查仲景书，未见大承气汤能治痞，且痞、满虽为症状，燥、实乃为病机，四者不可等量齐观。最主要的是，仲景用方，并非一药针对一症，因为药物经配伍之后，有些药物的作用加强了，有些药物的作用消失了，有些药物的作用改变了，所以，有时一药可以针对数症，有时数药相伍才针对一症。以大承气汤为例，大黄为主药，伍以芒硝，协同以攻下，但“攻积之剂，必用行气之药以主之”[2]，枳实破气，厚朴行气，二味共同协助硝黄破气以攻下，即方中四味药实际上都为攻下实积而设，实积一去，则腹满、潮热、谵语诸证即可迎刃而解了。还有人认为：“合方的作用，也就是各个单方作用的总和。”[3]合方，可以看作几个单方的相互配伍，但它的作用就更加复杂了。有的合方的作用似乎可以认为是各个单方作用的“总和”，如柴胡桂枝汤，方中既有桂枝汤解肌发表的作用，又有小柴胡汤和解少阳的作用。但大部分合方却并非“各个单方作用的总和”。如桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤，乃桂枝去芍药汤与麻黄附子细辛汤的合方，桂枝去芍药汤为汗法，治“太阳病，下之后，脉促，胸满者”；麻黄附子细辛汤为汗补同用法，治“少阴病，始得之，反发热，脉沉者”；而桂枝去芍药加麻黄附子细辛汤却既非汗法又非汗补同用法；既不治太阳病，又不治少阴病，而是治“气分，心下坚，大如盘，边如旋杯”之证。[4]又如桂枝麻黄各半汤，乃桂枝汤与麻黄汤的合方，其作用既不象桂枝汤那样的治表虚，又不象麻黄汤那样治表实，更不治表虚加表实，而是治介乎表虚与表实二者之间的中

间证。由此可见，无论是药与药的配伍，还是方与方的配伍，其作用都不是二者作用的简单相加。

其次是复杂性。仲景制方的一个最大特点，乃因证而制方，依方而遣药，但证候是复杂的，药物的性味功能也是复杂的，这就带来了配伍的复杂性。其主要表现有三点：1.大多数证候不是单纯的，因而，仲景的方剂配伍类型也不是单一的，往往在一方中就包含了多种类型的配伍。如麻黄升麻汤中，既有麻黄与桂枝、知母与石膏相辅相成的配伍，又有麻黄与石膏、黄芩与干姜相反相抑的配伍，还有桂枝与芍药相反相成的配伍，把这几种不同的配伍都错综复杂地交织在一个方中。2.每一味药有性亦有味，有时需用其性而舍其味，有时需用其味而抑其性，仲景除了用炮制或煎煮的方法外，更多的是通过配伍来达此目的。如大黄附子汤虽为大黄附子寒热并用的配伍，却并不治寒热错杂的证候，而治"胁下偏痛"的寒实证，这是为什么呢？就是因为大黄附子配伍以后，附子之热抑大黄之寒，是附子取其性；大黄之泻制附子之补，是大黄取其用，合而用之，附子温而不补，大黄泻而不寒，共奏温下寒积之功。3.药物之功能有利亦有弊，怎样在配伍中用其利而消其弊，这就必须对药物的利弊作全面的权衡。如真武汤是附子白芍相反相成的配伍，白芍酸敛阴柔，既能敛附子刚愎之性，又能助附子固其阳中之阴。若方中以黄芩易芍药，黄芩之寒虽能监制附子之热，但其苦燥反能伤其阳中之阴。又如仲景治柔痉用桂枝加葛根汤，治刚痉为什么不用麻黄汤加葛根？因为单用葛根能竭胃汁，若伍于桂枝汤中则非但无此弊，还能把芍药、大枣之津上输于项背；若伍于麻黄汤中，麻黄汤四味药均不能生津，且能耗液，再加葛根，无异火上添油，但刚痉乃无汗，又不能径用桂枝汤加葛根，故仲景别出心裁，启用葛根汤，方中麻黄桂枝相伍治无汗，桂枝汤与葛根相伍治项强，既不碍"无汗"，又不竭胃汁，可见仲景对药物的配伍是颇费苦心的。

再次是可变性。因为证不是固定不变的，而是随着时间的推移不断发展变化着，所以配伍也不能一成不变。仲景常根据证的运动性对方剂的配伍进行适当的调整。如麻黄汤是麻黄桂枝相辅相成的配伍，为汗剂，治无汗脉紧的表实证，如果表证进一步发展而传里，变成“汗出而喘、无大热”的里证，仲景即以石膏易桂枝，变成麻黄与石膏相反相抑的清热剂了。又如桂枝汤为桂枝芍药相反相成的配伍，乃“阳中有阴”；若“下之后，脉促，胸满”而“微恶寒”，仲景去芍药之寒加附子之热，变成桂枝附子相辅相成的“纯阳之剂”了。

（三）配伍与其他因素的关系

仲景认为，不但配伍中的药物与药物有着极其复杂的联系，就是配伍与其他因素如剂量、煎煮、炮制、剂型也有着千丝万缕的关系。

配伍与剂量的关系，主要表现在三个方面：

1．相同的配伍，药物的功能不同，方剂的作用不同　如真武汤与附子汤，均为附子白芍相伍，但方中附子的用量不同：前者用炮附子一枚，其方温肾阳；后者用炮附子二枚，其方为散寒湿。而有人却认为：“真武汤用生姜，不用人参，旨在温散以祛水气”；附子汤“不用生姜，倍术附，加人参，旨在温补以祛寒湿”[4]，此说欠妥。因为生姜、人参在二方中均为佐使之品，并不影响方剂的主导作用。起主要作用的是君药附子。从芍药甘草附子汤温阳之方炮附子用一枚，桂枝附子汤、去桂加白术汤等温散寒湿之方炮附子用二至三枚，可知仲景用附子之法是：若取其温补，剂量反小；若用其温散，剂量反大。因此，真武汤与附子汤的区别主要在于附子用量的多少，而不在人参、生姜药味的加减。

2．相同的配伍，剂量不同，药物的功能亦未变，方剂的作用

却起了变化　如麻黄杏仁甘草石膏汤与大青龙汤，均为麻黄石膏相伍，但前方石膏之量倍于麻黄，麻黄受石膏之制，让石膏出头，取其清肺热；后方麻黄之量多于石膏，石膏受麻黄之制，让麻黄出头，取其发汗。

3.相同的配伍，剂量不同，方剂的效力不同　如有一医者，治一脉结代、心动悸患者，与炙甘草汤，药证本对，但未宗仲景药量，而是把方中阳药与阴药等量与之，虽服良久而无效，问于岳美中老先生，嘱按仲景原量再服，四剂而瘥[5]。虽同是生地、阿胶与炙甘草、桂枝相伍，由于前后剂量的比例不同，前者阴药与阳药等量，后者阴药数倍于阳药，疗效就迥然有别。

从其与煎煮的关系来说，相同的配伍，煎煮的方法不同，方剂的治法亦不同。如黄连汤与半夏泻心汤，二方均为黄连干姜相伍，但前方只煎一次，后方去渣再煎。比较而言，后方二药之间相互作用的机会增多，故前方为温清并用法，治寒自寒、热自热的上热下寒证；后方为和法，治寒热交结于中焦的痞证。

从其与炮制的关系来说，相同的配伍，炮制的方法不同，其作用不同。如小半夏汤与生姜半夏汤，均为半夏生姜相伍，但前方生姜切片，偏于降逆，治呕而不渴；后方生姜捣汁，偏于温散，治心中愦愦然无奈者。

从其与剂型的关系来说，相同的配伍，由于剂型不同，其作用即有缓急之分。如抵当汤与抵当丸，均为水蛭、虻虫与大黄相伍，但前方为汤剂，“汤者荡也”，作用峻烈，宜于血淤不久须急下者；后者为丸剂，“丸者缓也”，作用缓和，宜于血淤较久须缓消者。

参考文献

〔1〕徐灵胎．医学源流论．北京：人民卫生出版社，1957
〔2〕柯韵伯．伤寒来苏集．上海：上海科技出版社，1986

〔3〕李克绍.伤寒解惑论.济南：山东科技出版社，1978
〔4〕江苏新医学院.中医方剂学.上海：上海人民出版社，1964
〔5〕中医研究院.岳美中论医集．北京：人民卫生出版社，1980

药 量 法

药量，即用药的剂量。不知是谁说过："中医不传之秘在量上"，足见人们对药量的重视。仲景用药剂量法度谨严，灵活多变，乃古今善能掌握药量之第一人，惜其秘法绝技散见于《伤寒杂病论》中，难于为人们所理解，今特拈出，以飨读者。

（一）以人定量

人的体质不同，对药物的耐受性亦不同。仲景运用峻药时，往往根据人们体质的强弱、年龄的老幼而有所增减。附子、乌头、大黄等较峻之药，体弱之人尚能承受，运用时只稍微减其剂量，如乌头煎，"强人服七合，弱人服五合"；四逆汤，"强人可大附子一枚"，一般人只用附子一枚；桂枝加大黄汤，一般人用大黄二两、芍药六两，脾胃虚弱之人，"设当行大黄、芍药者，宜减之"。芫花、大戟、甘遂等泻下作用极强的药物，体弱之人很难承受，运用时须减半服。如十枣汤中，芫花、甘遂、大戟等三味为末，"强人服一钱匕，羸人服半钱"。小儿用药，不管缓峻，其用量更少，约为成人量的四分之一至三分之二。如小青龙加石膏汤，"强人服一升，羸者减之，小儿服四合"。

（二）以病定量

病情有缓急，病程有新久，病位有上下，仲景用药量有轻有重。

一般说来，病情急者，用量多重；病情缓者，用量多轻。如

桃仁在桃核承气汤中的用量为五十枚，治疗伤寒病“少腹急结者”；而在抵当汤中的用量为二十枚，治疗妇人杂病“经水不利”者。

病程新者，用量多重；病程久者，用量多轻。如太阳病初期，邪气方盛时，用麻黄汤发汗，方中麻黄用量为三两；而“太阳病得之八、九日”，邪微正虚时，用桂枝麻黄各半汤发汗，方中麻黄用量为一两，仅为前者的三分之一。

病位在上焦者，用量多轻；病位在下焦者，用量多重。如甘遂在十枣汤中用量不足半钱匕，治疗“心下痞硬满，引胁下痛”；而在大黄甘遂汤中用量为二两，治疗“妇人少腹满，如敦状，小便微难”。所以张志民先生说：“余体会仲景用甘遂，治水饮在上、中焦者，用量宜轻，研末，用枣汤送服，或白蜜和水煮；治水饮在下焦者，用量较重，入余药同煮。”[1]

（三）以证定量

仲景用药剂量，很多时候是根据证候的虚实轻重而定的。

一般说来，实乃邪气盛，宜速战速决，用量宜重；虚乃正气亏，宜缓补慢调，用量宜轻。如同是黄芪，在治虚劳不足的小建中汤中，用量为一两半；而在治“水从汗孔入”黄汗病的芪芍桂酒汤中，用量则为五两。同是人参，在治下利失血亡阴的四逆加人参汤中，用量为一两；而在治邪郁少阳的小柴胡汤中，用量却为三两。同是附子，在治亡阳危证的四逆汤中，用量为一枚，而在治湿邪侵袭肌肤的去桂加白术汤中，用量却为三枚。

重证者，非重用无可救急，用量多重；轻证者，小量足以胜任，用量多轻。如桂枝甘草汤、桂枝甘草龙骨牡蛎汤、桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤等三方均治心阳虚。大多数人仅从药味的多少来判定治证的轻重，认为桂枝甘草汤治“心阳伤之较轻”，桂枝甘草龙骨牡蛎汤治“心阳虚损较重”，桂枝去芍药加蜀漆牡

蛎龙骨救逆汤治“心阳虚重证”。而实际情况却恰恰相反，三方主药均为桂枝，桂枝甘草汤中桂枝为四两，用量最重，且一次服完，柯韵伯称为“补心之峻剂”，故治“其人叉手自冒心，心下悸，欲得按”的心阳虚重证；桂枝去芍药加蜀漆牡蛎龙骨救逆汤中桂枝为三两，分三次服，每次用量仅为前方的四分之一，故治“惊狂，卧起不安”的心阳虚较重证；桂枝甘草龙骨牡蛎汤中桂枝为一两，亦分三次服，每次用量仅为桂枝甘草汤中桂枝用量的十二分之一，用量更轻，魏荔彤称之为“病轻则药轻”，故治“烦躁”的心阳虚轻证。

（四）以法定量

每一种药都有几种不同的功能。配伍不同，功用不同，为人所共知；剂量不同，治法不同，却为不传之秘。以大黄为例，在茵陈蒿汤及大黄黄连泻心汤中用量为二两，取其清热作用；而在三承气汤及大黄甘遂汤中用量为三至六两，是取其攻下作用。以黄连为例，在大黄黄连泻心汤、甘草泻心汤、生姜泻心汤中轻用一两，是取其和胃作用，主治胃虚而痞；在黄连汤、葛根黄芩黄连汤中重用三两，是取其清热作用，主治胃热、热痢。故岳美中先生说：“仲景三泻心汤中有黄连，量小，意在开味健胃；而葛根芩连汤中黄连量大，用其清泻实火也，过去有‘中医不传之秘在量上’，由上可见一斑”。[2]

（五）以方定量

方剂的配伍有主次，剂型有汤丸，方效有缓峻，仲景用药之量亦有重有轻。

以配伍的主次而论，主药用量多重，辅药用量多轻。如葛根黄芩黄连汤中主药葛根的用量为半斤，甘草、黄芩、黄连等三味药的用量之和才半斤；五苓散中主药泽泻的用量为一两六铢，猪

苓、茯苓、白术、桂枝等四味药的用量之和才二两十八铢。如果没有主次轻重地平均使用力量，疗效往往不尽如人意。据刘级三先生说："我曾用五苓散治疗水逆，径用原方不效，反复思索，诊证无误，何以罔效？后来悟及原方中泽泻用量最大，为一两六铢，今泽泻用量少于诸药。后加大泽泻用量，一剂病减"[3]。

以剂型而论，汤剂中的有效成分散失较多，故用量较重；丸剂中的有效成分极少散失，故用量较轻。如干姜在半夏泻心汤中的用量是三两，作三次服，每一次量为一两；而在半夏干姜散中的一次服用量是半方寸匕，还不及在汤剂中的十分之一。又如细辛，在小青龙汤中的用量为三两，作三次服，每次的用量为一两，而在乌梅丸中，细辛的用量虽为六两，但只占乌梅丸总量的7%，其服法为"丸如梧子大，先食饮服10丸"，则每次量不到百分之一两。

以方效而论，峻剂每次服用量少，多则适足以偾事；缓剂每次服用量大，少则不足以达到有效量。如桂枝汤与麻黄汤均为发汗剂，桂枝汤力缓而弱，故每次服用量为一升；麻黄汤力峻而强，故每次服用量为八合。

（六）以药定量

药性有阴阳，药质有轻重，药力有大小，仲景用药量亦大不相同。

人体阴津难补而易耗，滋阴药非重用难以奏效，故用量多重；补阳药若重用即有耗阴之弊，故用量多轻。如炙甘草汤中，滋阴药生地用至一斤，麦门冬用至半升，大枣用至三十枚；而温阳药桂枝、生姜各用三两。在《伤寒论》中，滋阴药生地、麦门冬可用至半斤，甚至一斤，而温阳药干姜、桂枝从未超过四两者。

以药的质地而言，质重者用量较重，质轻者用量较轻。如石

膏、赤石脂等质重之矿物药最多用至一斤，而麻黄、细辛等质轻之草本药最多才用六两。

以药力的大小而言，力大而峻者用量较轻，力小而缓者用量较重。如十枣汤中，甘遂性烈，用量不到半钱匕；大枣性缓，用量多至十枚。

参考献文

〔1〕 张志民，等．伤寒论方运用法．杭州：浙江科技出版社，1984

〔3〕 中医研究院．岳美中论医集．北京：人民卫生出版社，1980

〔2〕 高光震，等．吉林省名老中医经验选编．长春：吉林科技出版社，1985

用 方 法

（一）发汗剂

1、桂枝汤

桂枝三两（去皮）　芍药三两　甘草二两（炙）　生姜三两（切）　大枣十二枚（擘）

上五味，㕮咀三味，以水七升，微火煮取三升，去滓，适寒温，服一升，服已须臾，啜热稀粥一升余以助药力，温覆令一时许，遍身漐漐微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除；若一服汗出病瘥，停后服，不必尽剂；若不汗，更服，依前法；又不汗，后服小促其间，半日许令三服尽；若病重者，一日一夜服，周时观之；服一剂尽，病证犹在者，更作服；若汗不出，乃服至二三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。

主　　治：太阳中风，阳浮而阴弱，阳浮者，热自发；阴弱者，汗自出，啬啬恶寒，淅淅恶风，翕翕发热，鼻鸣干呕。

用方秘法：临证时主要抓住体质素虚易感和脉浮虚这两点，且要里无伏邪，方可放手用之。在用量上，桂枝和芍药要等量，姜、枣、甘草的用量之和要小于桂枝与芍药用量之和，而且药后要喝热粥、覆衣被，效果才能显著。

2、麻黄汤

麻黄（去节）三两　桂枝（去皮）二两　甘草（炙）一两

杏仁（去皮尖）七十个

上四味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升半，去滓，温服八合，覆取微似汗。不须啜粥，余如桂枝法将息。

主　　治：太阳病，头痛，发热，身疼，腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗而喘。

用方秘法：临证时须抓住体质强、素有肺部疾患和脉浮而有力这三点。在方剂的配伍上，麻黄与桂枝配伍开腠理散寒邪作用最强，若单用麻黄而不用桂枝则发汗之力顿减，不可不知。麻黄之量一般为5～15克，过量则出现心跳加快，麻黄、桂枝、甘草的用量比例以3：2：1为最适当，否则亦会影响发汗之力。还有一点必须注意，桂枝汤可以连续服，麻黄汤属发汗峻剂，不可连续多服。

3、麻黄杏仁甘草石膏汤

麻黄四两（去节）　杏仁五十个（去皮尖）　甘草二两（炙）　石膏半斤（碎，绵裹）

上四味，以水七升，煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升，去滓，温服一升。

主　　治：汗出而喘，无大热者。

用方秘法：小儿肺炎初期发热咳嗽，呼吸迫促，用此方能迅速转危为安。冬春之际，暴暖忽冷，咳嗽痰喘，亦可药到病除。用此方时须斟酌其热之轻重，热轻者，麻黄用4.5克，石膏用24克；热重者，麻黄用3克，石膏用30克，总之，石膏之用量须大于麻黄5倍至8倍，方能达到宣肺清热的效果。

4、小青龙汤

麻黄（去节）　芍药　细辛　干姜　甘草（炙）　桂枝

各三两（去皮）　五味子半升　半夏半升（洗）

上八味，以水一斗，先煮麻黄减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升。

主　　治：伤寒，表不解，心下有水气，干呕，发热而咳。

用方秘法：本方所治之咳喘，多在寒冷季节发生，以咳吐白色泡沫样痰、落盂成水为的证。方中麻黄、五味、干姜、细辛为必用之药，桂枝或用或不用，看寒邪的多少而定。初期表实用麻黄，表解后只咳喘用麻黄绒，后期喘而有汗用麻黄根。因其药物多为辛温燥药，剂量宜小，咳喘初期，五味子之量宜小于干姜、细辛；久咳肺虚，五味子之量宜大于干姜、细辛。咳喘急性发作，用此方效果甚佳，咳喘平息之后，宜用仲景苓桂味甘汤或张锡纯从龙汤善其后。

5、栀子豉汤

栀子十四个（擘）　香豉四合（绵裹）

上二味，以水四升，先煮栀子，得二升半，内豉，煮取一升半，去滓，分为二服，温进一服。

主　　治：发汗、吐、下后，虚烦不得眠；若剧者，必反复颠倒，心中懊侬。

用方秘法：本方证之身热往往不伴恶寒，舌上有微黄薄腻苔，如果舌净无苔，就不是栀子豉汤证。无汗者，用淡豆豉；汗少者，用炒香豉；有汗者，用清水豆卷。如有呕吐者，则山栀用姜汁炒后才用。

6、大青龙汤

麻黄六两（去节）　桂枝二两（去皮）　甘草二两（炙）
杏仁四十枚（去皮尖）　生姜三两（切）　大枣十枚（擘）
石膏如鸡子大（碎）

上七味，以水九升，先煮麻黄减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，取微似汗。

主　　治：太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者。

用方秘法：本方证的用方指征是无汗烦躁，两关脉洪数鼓指，舌苔边白中黄。表邪重的，麻黄的用量可稍大，一般为3～10克，石膏的用量，要为麻黄的3倍方可。桂枝的用量，宜小于麻黄，一般为麻黄的一半，亦即麻黄、石膏、桂枝三药的比例2：6：1，效果为最佳。

7、麻黄细辛附子汤

麻黄二两（去节）　细辛二两　附子一枚（炮，去皮，破八片）

上三味，以水一斗，先煮麻黄减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

主　　治：少阴病，始得之，反发热，脉沉者。

用方秘法：寒湿体质外感风寒，症见脉沉、足冷、身热，用此方效果最好。此外，哮喘偏于寒胜或水肿偏于寒湿者，投本方亦有特效。方中细辛不必拘于3克，喘剧者亦可用至9克，临床上曾见顽固性哮喘，用大量激素亦不效，投麻黄细辛附子汤（每味量均为9克），一剂而安。

（二）攻下剂

1、大承气汤

大黄四两（酒洗）　厚朴半斤（炙，去皮）　枳实五枚（炙）　芒硝三合

上四味，以水一斗，先煮二物，取五升，去滓，内大黄更煮，取二升，去滓，内芒硝，更上微火一两沸，分温再服。

主　　治：阳明病，脉迟，虽汗出而不恶寒，身重短气，腹满而喘，潮热，大便硬。

用方秘法：本方证的主要症状是腹痛、大便结。腹痛多在肚脐周围，用手触按可以触到腹内有块状物，舌苔大多厚而燥中见腻。方中厚朴若过多，则损人真气；过少，又不能见效，当以5～20克为宜。煎药时，大黄、芒硝须后下效果方佳，若久煮则锐气全失。

2、大陷胸汤

大黄六两（去皮）　芒硝一升　甘遂二钱匕

上三味，以水六升，先煮大黄，取二升，去滓，内芒硝煮一两沸，内甘遂末，温服一升。

主　　治：伤寒六七日，结胸热实，心下痛，按之石硬。

用方秘法：脉沉紧，心下痛，按之石硬，为临床使用大陷胸汤的三要点，但必体质壮实者方可用，体虚者不可轻试。方中的主药为甘遂，用量宜轻，一次所服以0.5克为限。研末吞服效果最佳，但往往苦寒败胃；若装入胶囊中吞服，既有效地发挥其泻水作用，又避免了伤胃的弊病。

3、大黄附子汤

大黄三两　附子三枚（炮）　细辛二两

上三味，以水五升，煮取二升，分温三服；若强人煮取二升半，分温三服。服后如人行四五里，进一服。

主　　治，胁下偏痛，发热，其脉紧弦，此寒也。

用方秘法：本方证以右胁下痛为主，疼痛的具体部位是以乳根下之肋缘下距腹中线五分处为痛之中心点，有明显的压痛，发

作时拒按，深呼吸疼痛不加剧。方中附子用量宜大，最少用9克才有效，但亦不能过大，以30克为限。

4、麻子仁丸

麻子仁二升　芍药半斤　枳实半斤（炙）　大黄一斤（去皮）　厚朴一尺（炙，去皮）　杏仁一升（去皮尖，熬，别作脂）

上六味，蜜和丸，如梧桐子大。饮服十丸，日三服，渐加，以知为度。

主　治：趺阳脉浮而涩，浮则胃气强，涩则小便数，浮涩相搏，大便则硬，其脾为约。

用方秘法：临床凡见大便硬而难出兼有热象者，则可放胆用此方。但老人津枯血燥之秘结，不可轻试。方中麻子仁用量小于10克，则达不到催便的作用，一般以10～15克为宜。大黄用量，不宜大于10克，否则久服易伤胃气。大剂量的大黄，用后即可便泻，但不再服，大便反而更困难；小剂量的大黄既能通便，又无伤胃之弊。此外，此方服用之时，从10丸开始，逐渐加至有效量，方为合拍。

5、十枣汤

芫花（熬）　甘遂　大戟各等分

上三味，各别捣为散，以水一升半，先煮大枣肥者十枚，取八合，去滓，内药末。强人服一钱匕，羸人服半钱，温服之，平旦服；若下少病不除者，明日更服，加半钱。得快下利后，糜粥自养。

主　治：太阳中风，下利呕逆，表解者，乃可攻之。其人漐漐汗出，发作有时，头痛，心下痞硬满，引胁下痛，干呕短气，汗出不恶寒。

用方秘法：此方治腹水效果最好，以腹部牵引强急，以手切

按，觉抵抗力较强为其适应症。方中甘遂水煎剂不如轧面冲服，但用量应严格控制，以0.5克为佳，多则引起剧泻伤人。大枣10枚的分量不能减少，据岳美中先生说，“尝见服十枣汤者，减用大枣5枚，服后2时许，即觉胃中枯燥，声哑干呕。”一般服后半小时即出现反应，以大便先粪后水，小便增多者最为理想。如用药后二三小时无反应为无效。

（三）和解剂

1、小柴胡汤

柴胡半斤　黄芩三两　人参三两　半夏半升（洗）　甘草（炙）　生姜各三两（切）　大枣十二枚（擘）

上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。

主　　治：伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕。

用方秘法：我从医二十余年，临床所见，惟以小柴胡证居多，临证凡见脉弦，恶心而寒热往来即可确诊为小柴胡证。若临床症状不明显，张志民先生有一诊断的好办法，即医者按患者颈项两侧筋肉，如患者敏感而拒按，即可诊断为小柴胡汤证。方中柴胡应重用，以12～24克为佳，且柴胡之量应大于人参与甘草之和，否则效果不好。此外，煎药时应注意必须“去渣再煎”，才会取得好的效果。

2、四逆汤

甘草（炙）　枳实（破，水渍，炙干）　柴胡　芍药各十分

上四味，捣筛，白饮和服方寸匕，日三服。

主　　治：少阴病，四逆，其人或咳，或悸，或小便不利，或腹中痛，或泄利下重者。

用方秘法：凡肝脾诸疾，脉弦者，用之多效。辨证的第一要点是大便硬或泻下而下重。消化性溃疡伴便秘不通者，四逆散加紫菀15克，每能收到捷效。方中芍药宜重用至30克为好。龚志贤老先生治肠痈，用此方加广木香10克、黄连6克、炒川楝10克，服三五剂即可见效。

3、半夏泻心汤

半夏（洗）半升　黄芩　干姜　人参　甘草（炙）各三两　黄连一两　大枣（擘）十二枚

上七味，以水一斗，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。

主　　治：呕而肠鸣，心下痞。

用方秘法：腹胀肠鸣，口微苦，舌苔白而稍黄腻，为半夏泻心之的证。用此方以痞为中心，但又不限于痞，如治呕吐，常可收复杯而愈的效果，但治呕吐，宜改“温服”为冷服，效果方佳，否则常随入随吐。方中黄连宜轻用 3 克即可，多则适足以偾事。煎药时须“去渣再煎”。

4、大黄黄连泻心汤

大黄二两　黄连一两

上二味，以麻沸汤二升渍之须臾，绞去滓，分温再服。

主　　治：心下痞，按之濡，其脉关上浮者。

用方秘法：本方治疗上消化道出血属于邪热迫血妄行者，往往一剂知，二剂已，且止血而不留淤；若二味以酒蒸透，阴干入煎，疗效尤著。方中大黄用量宜轻，以6克为宜，黄连用量更轻，

二药的比例以 2 ∶ 1 为佳。

(四) 清热剂

1、白虎汤

知母六两　石膏一斤（碎）　甘草二两（炙）　粳米六合

上四味，以水一斗，煮米熟，汤成去滓。温服，日三服。

主　　治：伤寒，口燥渴，自汗出，脉洪滑。

用方秘法：临证时见口略渴，脉洪滑，即可放胆投以白虎汤，不必要“大渴、大汗、大热、脉洪大”四大俱备才用白虎汤。方中石膏须重用，以不少于60克为佳。但石膏不等于“白虎”，必须与知母、粳米、甘草同用方可。粳米不可误用糯米，因糯米质粘性热，大能固闭药力，留中不散。若兼见脉虚，必加人参。煎药时须煎汤三四茶杯，分五六次徐徐温饮下，方可使药力常在上焦、中焦，不致下侵致滑泄。

2、黄连阿胶汤

黄连四两　黄芩二两　芍药二两　鸡子黄二枚　阿胶三两

上五味，以水六升，先煮三物，取二升，去滓，内胶烊尽，小冷，内鸡子黄，搅令相得，温服七合，日三服。

主　　治：少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧。

用方秘法：此方治疗心烦不寐由于心火亢盛者有良效。舌尖红赤，五心烦热为使用本方的要点。同时，治疗妇女面部皮肤病效果也很好。据日本名医大塚敬节说，他妻子面部发红疹，略赤而干燥，瘙痒，受日晒则加剧，投多方治疗百余日，不但未愈，病情反而恶化。服黄连阿胶汤一剂赤色消退，一周后痒止，治疗一个月痊愈。使用本方必须注意两点，一是阿胶须烊化于药液

中，二是鸡子黄须乘药液稍凉后搅入。若二味与药渣同煎，则功效全失。

（五）温里剂

1、理中丸

人参　干姜　甘草（炙）　白术各三两

上四味，捣筛，蜜和为丸，如鸡子黄许大。以沸汤数合，和一丸，研碎，温服之，日三四，夜二服；腹中未热，益至三四丸。

主　　治：太阴之为病，腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛。

用方秘法：本方证的用方指征是，脉沉迟按之无力，腹痛按之软。治疗腹痛腹泻，舌淡苔少者，用白术；舌苔厚腻者，用苍术。此外，凡吐血不止，面色苍白，脉迟而弱，用理中汤加附子，疗效甚佳，且愈后少复发。

2、吴茱萸汤

吴茱萸一升（洗）　人参三两　生姜六两（切）　大枣十二枚（擘）

上四味，以水七升，煮取二升，去滓，温服七合，日三服。

主　　治：干呕，吐涎沫，头痛。

用方秘法：本方所治之头痛，部位多局限于巅顶，辨证要点是面色苍白，手足不温，常伴见呕吐，吐出物清淡少臭。此外，本方对左腹刺痛、吐涎沫者有效，而对右腹疼痛无效。方中吴茱萸用量不宜过重，且要以水泡淡入煎。

3、小建中汤

桂枝三两（去皮）　甘草二两（炙）　大枣十二枚（擘）

芍药六两　生姜三两（切）　胶饴一升

上六味，以水七升，煮取三升，去滓，内饴，更上微火消解。温服一升，日三服。

主　治：虚劳里急，悸，衄，腹中痛，梦失精，四肢酸疼，手足烦热，咽干口燥。

用方秘法：本方治胃脘痛有卓效，若方中加黄芪，则效果更好。治腹痛效果亦佳，但须认准腹痛为牵引痛，身体易疲倦。方中桂枝、白芍、炙甘草的用量不能低于15克，饴糖量不能低于100克，否则难以取效。

4、真武汤

茯苓三两　芍药三两　白术二两　生姜三两（切）　附子一枚（炮，去皮，破八片）

上五味，以水八升，煮取三升，去滓，温服七合，日三服。

主　治：太阳病，发汗不解，其人仍发热，心下悸，头眩，身瞤动，振振欲擗地者。

用方秘法：据临床所见，本方证脉必沉细，面色苍白。本方治水肿效果亦佳，但一般浮肿，小便利则肿减，本方证之水肿不因小便利而肿减，甚或小便愈利，其肿愈甚。使用本方时，不能去白芍，因附子与白芍为伍，刚柔相济，既可缓和附子之辛热而不致伤阴，又能引导附子达下元而不致上窜。倘若去掉白芍，则易产生耗津之弊。

5、当归四逆汤

当归三两　桂枝三两（去皮）　芍药三两　细辛三两

甘草二两（炙）　通草二两　大枣二十五枚（擘）

上七味，以水八升，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

主治：手足厥寒，脉细欲绝。

用方秘法：本方证的辨证要点是手足冷而脉沉细。其手足虽在夏月亦冰冷，脉沉细重按之应指清楚可数，与附子汤证脉沉细若有若无者迥异。方中若加吴茱萸、生姜，疗效更捷。此外，本方用于冻疮及妇人虚寒痛经均有卓效。

6、乌头汤

麻黄　芍药　黄芪各三两　甘草（炙）　川乌五枚（㕮咀，以蜜二升，煎取一升，即出乌头）

上五味，㕮咀四味，以水三升，煮取一升，去滓，内蜜煎中更煎之，服七合；不知，尽服之。

主　　治：病历节，不可屈伸，疼痛。

用方秘法：本方所治之历节，必疼痛，痛处作肿，冷而不热，形反消瘦。用本方时，须重视煎服法，必加蜜久煮乌头，初服宜小量，不知再增量。曾见医者用川乌30克、草乌30克治一瘫痪病人，未予久煎，致中毒而死。

7、四逆汤

甘草二两（炙）　干姜一两半　附子一枚（生用，去皮，破八片）

上三味，以水三升，煮取一升二合，去滓，分温再服。

主　　治：既吐且利，小便复利，而大汗出，下利清谷，内寒外热，脉微欲绝。

用方秘法：素体虚寒者，宜参芪姜桂剂缓缓补气；对突发之阳气衰微者，则宜用四逆汤迅速回阳。大汗、大失血之后，呈虚脱状者，也须急用四逆汤回阳。四逆汤证的脉象，多见沉微或虚

大而空。方中附子宜用生者，剂量以6～15克为宜。应当说明的是，阳虚阴盛患者，初服姜附之剂，常有心中烦躁、鼻出黑血，喉干目赤、面目及周身浮肿等症状出现，此并非药误，而是阳升阴消之佳兆，不久将自行消失，这点也必须首先向患者讲明。

（六）补益剂

1、炙甘草汤

甘草（炙）四两　生姜（切）三两　人参二两　生地黄一斤　桂枝（去皮）三两　阿胶二两　麦门冬（去心）半斤　麻仁半升　大枣（擘）三十枚

上九味，以清酒七升，水八升，先煮八味，取三升，去滓，内胶烊消尽，温服一升，日三服。

主　　治：伤寒，脉结代，心动悸。

用方秘法：运用本方，以心动悸为主要用方指征，其舌大都淡红无色，或干而色不荣，若见脉结代，其证必重，宜加重药量。本方有七分阴药，三分阳药，生地至少要用18克，桂枝至少用4.5克，方能有效。整个配方，阴药至少为阳药剂量的3倍；若阳药多而阴药少，则可能产生竭阴的副作用。在煎药时，一要久煎，二要酒煎，不久煎调补心脉的力量不够；不用酒煎，地黄就有腻膈之弊。此外，中满便溏或咳血者禁用。

2、肾气丸

干地黄八两　薯蓣四两　山茱萸四两　泽泻三两　茯苓三两　牡丹皮三两　桂枝　附子（炮）各一两

上八味，末之，炼蜜和丸，梧桐子大。酒下十五丸，加至二十五丸，日再服。

主　　治：虚劳腰痛，少腹拘急，小便不利。

用方秘法：本方多用于中老年患者，治老年夜晚多尿效果尤佳。方中桂、附量宜轻，熟地、山萸量宜重，桂、附之量约为熟地黄、山萸量的四分之一至八分之一。

（七）理气剂

1、栝蒌薤白白酒汤

栝蒌实一枚（捣）　薤白半斤　白酒七升

上三味，同煮，取二升，分温再服。

主　　治：胸痹之病，喘息咳唾，胸背痛，短气，寸口脉沉而迟，关上小紧数。

用方秘法：本方所治之胸痹，多为胸部隐隐作痛，不喜按，而且难以平卧。若有舌苔，多为白苔坐底，上罩一层薄黄苔，且多滋润。方中薤白用量须在15～30克时，其效方著。方中可根据病情加半夏、枳实、人参，但不宜加炙甘草。据张琪先生说："有些冠心病心绞痛病人，单用栝蒌薤白汤不能控制，加入人参后心绞痛即好转，胸闷气憋等供血不全症状也随之改善"。

2、旋覆代赭汤

旋覆花三两　人参二两　生姜五两　代赭一两　甘草（炙）三两　半夏（洗）半升　大枣（擘）十二枚

主　　治：伤寒发汗，若吐，若下，解后，心下痞硬，噫气不除。

用方秘法：使用本方，要抓住"肝气上逆"这一病机。呃逆，嗳气用生姜泻心汤无效时，用本方往往能收到复杯而愈的效果。方中人参不能减去，否则无效。赭石的用量宜大，至少为人参量

的3倍，否则效果也不好。

（八）理血剂

1、桃核承气汤

桃仁五十个（去皮尖）　大黄四两　桂枝二两（去皮）
甘草二两（炙）　芒硝二两

上五味，以水七升，煮取二升半，去滓，内芒硝，更上火微沸，下火，先食温服五合，日三服，当微利。

主　治：太阳病不解，热结膀胱，其人如狂，血自下，下者愈。其外不解者，尚未可攻，当先解其外；外解已，但少腹急结者。

用方秘法：夏月热久，烦躁甚或狂妄，少腹胀痛，舌燥苔黄，桃核承气汤为必用之方。此方治水肿及妇女倒经属热邪迫血妄行者亦甚效。方中大黄、桃仁宜重用，桂枝、甘草宜轻用，桃仁、大黄与桂枝、甘草用量比约为2∶1。

2、桂枝茯苓丸

桂枝　茯苓　牡丹（去心）　桃仁（去皮尖，熬）　芍药各等分

上五味，末之，炼蜜和丸，如兔屎大。每日食前服一丸；不知，加至三丸。

主　治：妇人宿有症病，经断未及三月，而得漏下不止，胎动在脐上者。

用方秘法：本方多用于体质比较强壮之妇女，治体胖之不孕症妇女效果尤好。若妇女上节育环后出现腹痛腰困，阴道出血，此方合当归芍药散，少则3～5剂，多则7～8剂，即可痊愈。方中

桂枝用肉桂更好，服药以量少而频为佳，否则，大剂量桃仁就可能有堕胎之虞。

3、温经汤

吴茱萸三两　当归二两　芎劳二两　芍药二两　人参二两　桂枝二两　阿胶二两　生姜二两　牡丹皮二两（去心）　甘草二两　半夏半升　麦门冬一升（去心）

上十二味，以水一斗，煮取三升，分温三服。

主　　治：妇人年五十，下利数十日不止，暮即发热，少腹里急，腹满，手掌烦热，唇口干燥。

用方秘法：使用本方不必拘泥于更年期妇女，也不必拘于下利数十日不止的患者，凡是闭经或不孕症而见掌心发热、唇口干燥、腹无硬块者，用本方有很好的疗效。方中半夏看似可有可无，但亦不可轻去，据王绵之先生说："余早年在临床上曾用温经汤治一位二十岁未婚女子，因其夏月淋雨闭经三月余，用温经汤治疗，由于当时对方中半夏不理解而减去不用，结果病人服药后出现鼻衄。其后凡用温经汤皆不减半夏，或加茺蔚子，都能使月经很快通行。"

4、抵当汤

水蛭（熬）　虻虫各三十个（去翅足，熬）　桃仁二十个（去皮尖）　大黄三两（酒洗）

上四味，以水五升，煮取三升，去滓，温服一升；不下更服。

主　　治：太阳病，六七日表证仍在，脉微而沉，反不结胸，其人发狂者，以热在下焦，少腹当硬满，小便自利。

用方秘法：只要见舌暗青紫色，大便黑亮有异臭，用本方即有效，治健忘、狂证见以上症状者其效尤著。方中水蛭宜用生

者，炙之则无效，据张锡纯先生说：“曾治一妇人，经血调和，竟不产育，细询之，少腹有症瘕一块，遂单用水蛭30克，香油炙透为末，每服1.5克，日两次，服完无效。后改用生者，如前服法，30克犹未服完，症瘕尽消，逾年即生男矣。”

5、大黄䗪虫丸

大黄十分（蒸） 黄芩一两 甘草三两 桃仁一升 杏仁一升 芍药四两 干地黄十两 干漆一两 虻虫一升 水蛭百枚 蛴螬一升 䗪虫半升

上十二味，末之，炼蜜和丸，小豆大，酒饮服五丸，日三服。

主 治：五劳虚极，羸瘦腹满，不能饮食，食伤、忧伤、饮伤、房室伤、饥伤、劳伤、经络荣卫气伤，内有干血，饥肤甲错，两目黯黑。

用方秘法：本方证的辨证要点是“肌肤甲错，两目黯黑”，据程门雪先生说：“可辨为淤血证之处很多，但不若肌肤甲错，两目黯黑之必见，故仲景以此为主，此等辨证处，最须熟记，以便临证施治。”干血劳证，大多病程较久，非大黄、䗪虫、水蛭、虻虫等逐淤虫类药入补剂之中，实难奏效。

6、鳖甲煎丸

鳖甲十二分（炙） 乌扇三分（烧） 黄芩三分 柴胡六分 鼠妇三分（熬） 干姜三分 大黄三分 芍药五分 桂枝三分 葶苈一分（熬） 石苇三分（去毛） 厚朴三分 牡丹五分（去心） 瞿麦二分 紫威三分 半夏一分 人参一分 䗪虫五分（熬） 阿胶三分（炙） 蜂窠四分（炙） 赤硝十二分 蜣螂六分（熬） 桃仁二分

上二十三味，为末，取煅灶下灰一斗，清酒一斛五斗，浸灰

候酒尽一半，着鳖甲于中，煮令泛烂如胶漆，绞取汁，内诸药，煎，为丸，如梧子大。空心服七丸，日三服。

主　　治：病疟，以月一日发，结为症瘕，名曰疟母。

用方秘法：此方治内有症瘕，外见寒热往来，功效最著。虚人有痞积者，单服鳖甲煎丸，往往有伤正减食之虞，宜用益气扶正之品为汤，送下鳖甲煎丸方为善策。此方妙用，全在鳖甲用灰淋酒，煮如胶漆，否则，功效大减。

7、黄土汤

甘草　干地黄　白术　附子（炮）　阿胶　黄芩各三两

灶中黄土半斤

上七味，以水八升，煮取三升，分温二服。

主　　治：下血，先便后血，此远血也。

用方秘法：此为治虚寒黑便之要方，据程门雪先生说："此方选药极精，盖一极验之经方"。方中灶心土、白术皆须重用至30克，少则无效，黄芩用量宜轻，以4.5克为限，多则喧宾夺主，影响药效的发挥。

（九）祛温剂

1、茵陈蒿汤

茵陈蒿六两　栀子十四枚（擘）　大黄二两（去皮）

上三味，以水一斗二升，先煮茵陈，减六升，内二味，煮取三升，去滓，分三服。

主　　治：伤寒七八日，身黄如橘子色，小便不利，腹微满者。

用方秘法：此方治发黄，当以腹满、小便不利为主，若心下有郁结者，反不如大柴胡加茵陈有效。方中茵陈宜重用，至少30

克方效，多则可用至90克，后期宜加泽兰、丹皮等活血药方可奏效。仲景煎法为"先煮茵陈"，但据关幼波先生的经验："根据现代医学研究，茵陈退黄的主要成分是在挥发油内，假若先煎，则有效成分丢失过多。我参考实验研究结果，改茵陈先煎为后下，一般掌握在煎煮10分钟左右为宜。"

（十）利水剂

1、五苓散

猪苓（去皮）十八铢　泽泻一两六铢　白术十八铢　茯苓十八铢　桂枝（去皮）半两

上五味，捣为散。以白饮和服方寸匕，日三服。多饮暖水，汗出愈。如法将息。

主　　治：太阳病，发汗后，大汗出，胃中干，烦躁不得眠，脉浮，小便不利，微热，消渴者。

用方秘法：本方证以少腹满和小便不利为辨证要点，舌苔白多黄少而腻。方中桂枝虽不是主药，但绝不能缺，四苓利尿的作用，不如五苓远甚。方中剂量，以仲景五苓散原量利尿作用最强，各药等量，或颠倒药量，效果均不好。此外，寒疝完全不能伸腰，用五苓散加小茴香有奇效。

2、猪苓汤

猪苓（去皮）　茯苓　泽泻　阿胶　滑石（碎）各一两

上五味，以水四升，先煮四味，取二升，去滓，内阿胶烊消，温服七合，日三服。

主　　治：脉浮，发热，渴欲饮水便，小不利者。

用方秘法：对湿热伤阴的慢性肾炎发作期，有尿频、尿急、尿痛者有效，对水肿则无效。用本方时，不要随便加减，否则无效。据岳美中先生说："曾治一李姓妇女，半年来经常尿脓血，频而且急，尿道作痛，使用猪苓汤原方，三剂而愈。数日之后又复发，于方中加山药，不但未效，反而加重，后守猪苓汤原方，服十剂而获痊愈"。

3、防己黄芪汤

防己一两　甘草半两（炒）　白术七钱半　黄芪一两一分

上锉麻豆大。每抄五钱匕，生姜四片，大枣一枚，水盏半，煎八分，去滓温服，良久再服。

主　　治：风水脉浮，身重，汗出恶风者。

用方秘法：本方用于中年妇女，白胖易倦，下肢浮肿，多能应手取效。方中黄芪之量不能少于30克，少则无效。

（十一）祛风湿剂

1、桂枝附子汤

桂枝四两（去皮）　附子三枚（炮，去皮，破）　生姜三两（切）　大枣十二枚（擘）　甘草二两（炙）

上五味，以水六升，煮取二升，去滓，分温三服。

主治：伤寒八九日，风湿相搏，身体疼烦，不能自转侧，不呕不渴，脉浮虚而涩者。

用方秘法：本方的辨证要点是身疼，转侧不能自如，方中附子用量宜大，但亦不能超过30克。

2、桂枝芍药知母汤

桂枝四两　芍药三两　甘草二两　麻黄二两　生姜五两

白术五两　知母四两　防风四两　附子二枚（炮）

上九味，以水七升，煮取二升，温服七合，日三服。

主　　治：诸肢节疼痛，身体魁羸，脚肿如脱，头眩短气，温温欲吐。

用方秘法：本方是治疗痹病的卓有实效的方剂，以关节疼痛肿大为辨证要点。方中药物以热药为主，故临证以寒郁化热、寒多热少者为宜。附子、地黄、甘草用量宜大，以20～30克为佳，少则疗效差。但附子用30克时，要先煎90～120分钟，否则患者临床反应较大。

（十二）化痰剂

1、小陷胸汤

黄连一两　半夏半升（洗）　栝蒌实（大者）一枚

上三味，以水六升，先煮栝蒌，取三升，去滓，内诸药，煮取三升，去滓，分温三服。

主　　治：小结胸病，正在心下，按之则痛，脉浮滑者。

用方秘法：临证凡见心下胀满不舒而稍痛，舌苔黄腻，即可放胆使用本方。方中栝蒌须细切，用量宜重，以40～100克，始能建功，少则无效。

（十三）润燥剂

麦门冬汤

麦门冬七升　半夏一升　人参三两　甘草二两　粳米三合　大枣十二枚

上六味，以水一斗二升，煮取六升，温服一升，日三，夜一服。

主　　治：火逆上气，咽喉不利。

用方秘法：临证使用本方治喉痛、时有面赤有效，治咳嗽痰粘不爽效果亦佳。方中麦冬宜重用30～50克为宜，轻用则不效。半夏用量宜轻，约为麦冬的五分之一至七分之一。

（十四）驱虫剂

乌梅丸

乌梅三百枚　细辛六两　干姜十两　黄连十六两　附子六两（炮，去皮）　当归四两　蜀椒四两（出汗）　桂枝六两（去皮）　人参六两　黄柏六两

上十味，异捣筛，合治之，以苦酒渍乌梅一宿，去核，蒸之五斗米下，饭熟捣成泥，和药令相得，内臼中，与蜜杵二千下，丸如梧桐子大。先食饮服十丸，日三服；稍加至二十丸。

主　　治：蛔厥者，其人当吐蛔，今病者静，而复时烦者，此为脏寒，蛔上入其膈，故烦，须臾复止，得食而呕，又烦者，蛔闻食臭出，其人常自吐蛔，

用方秘法：本方治蛔虫证属寒热错杂者有效，以面上白斑及

口淡为主要见症，若苔黄、尿赤者，则非本方所宜。此外，慢性非特异性溃疡性结肠炎，一般方剂疗效均不理想，本方改丸为汤效果甚佳，但必五六十剂才收全功。在治疗蛔虫时，最好不要服香甜生冷之物，尤其不能进甜品，连注射葡萄糖亦在所忌之列。

参考文献

1.尤在泾．伤寒贯珠集．上海：上海科技出版社，1959
2.柯韵伯．伤寒来苏集．上海：上海科技出版社，1978
3.邹　澍．本经疏证．上海：上海科技出版社，1991
4.张锡纯．医学衷中参西录．石家庄：河北人民出版社，1974
5.朱卓夫．临证心得．长沙：湖南人民出版社，1964
6.张　琪．临床经验集．哈尔滨：黑龙江科技出版社，1984
7.赵明锐．经方发挥．太原：山西人民出版社，1982
8.刘　强．名老中医医话．重庆：重庆科技文献出版社，1985
9.姜春华．伤寒论识义．上海：上海科技出版社，1985
10.张志民．伤寒论方运用法．杭州：浙江科技出版社，1984
11.俞长荣．伤寒论汇要分析．福州：福建科技出版社，1984
12.邢锡波．伤寒论临床实验录．天津：天津科技出版社，1984
13.万友生．伤寒知要．南昌：江西人民出版社，1982
14.程门雪．金匮篇解．北京：人民卫生出版社，1989
15.金寿山．金匮诠释．上海：上海中医学院出版社，1989
16.欧阳锜．杂病原旨．北京：人民卫生出版社，1987
17.陶葆荪．金匮要略易解．广州：广东科技出版社，1981
18.李今庸．金匮要略讲解．北京：光明日报出版社，1987
19.金寿山．金寿山医论选集．北京．人民卫生出版社，1983
20.黄文东．著名中医学家的学术经验．长沙：湖南科技出版社，198
21.周凤梧，等．名老中医之路（第一集）．济南：山东科技出版社，
22.周凤梧．等，名老中医之路（第二集）．济南：山东科技出版社，
23.高光震，等．吉林省名老中医经验选编．长春：吉林科技出版社，1985
24.成都中医学院．沈绍九医话．北京：人民卫生出版社，1975

25.中医研究院西苑医院．岳美中医话集．北京：中医古籍出版社，1984

26.中医研究院．岳美中医案集．北京：人民卫生出版社，1978

27.中医研究院．岳美中论医集．北京：人民卫生出版社，1980

28.上海中医学院．近代中医流派经验选集．上海：上海科技出版社，1962

29.中医研究院．蒲辅周医疗经验．北京：人民卫生出版社，1976

30.中医研究院广安门医院．医案医话荟要．北京：人民卫生出版社，1982

31.上海市卫生局．上海老中医经验选编．上海：上海科技出版社，1980

32.北京市老中医经验选编编委会．北京市老中医经验选编．北京：北京出版社，1981

［Ｇｅｎｅｒａｌ　Ｉｎｆｏｒｍａｔｉｏｎ］
书名＝医圣秘法
作者＝路振平著
页数＝１８５
ＳＳ号＝１２０４２３６８
出版日期＝１９９３．６